Path.
906
p

Path. Page
906 h

<36609302540014

<36609302540014

Bayer. Staatsbibliothek

Eisenbahn-Verletzungen

in

forensischer und klinischer Beziehung

von

Herbert W. Page, M. A.
M. C. Cantab., F. R. C. S. Eng.
Chirurg am St. Mary's Hospital und Professor der Chirurgie etc. etc.

Autorisirte deutsche Uebersetzung

von

Dr. S. Placzek
Arzt in Berlin,
Assistent der Dr. Oppenheim'schen Nervenpoliklinik.

ALLZEIT VORAN
S. K.

Berlin 1892.
Verlag von S. KARGER,
Charité-Str. 3.

25 K

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

Alle Rechte vorbehalten.

Druck von Albert Koenig in Guben.

Zu hoher Ehre rechne ich es mir,

dieses Buch

einem so berühmten Arzt und Neurologen

wie

M. CHARCOT

widmen zu dürfen.

Vorwort des Uebersetzers.

Wenn hervorragende klinische Beobachtungsgabe mit selten reicher Erfahrung zu geistigem Schaffen sich eint, muss ein nutzbringendes Werk entstehen. Der glänzenden Combination dieser beiden Faktoren verdankt das vorliegende Buch Herbert W. Pages seinen bedeutenden Ruf. Wegen der Reichhaltigkeit seines Inhaltes, der Klarheit seiner Darstellungsweise und der Objectivität des medizinischen Beobachters hat es die gebührende Anerkennung gefunden.

Sein Wert wird dadurch durchaus nicht beeinträchtigt, dass die Auffassung des eigenartigen, dem Verständniss des Neurologen näher liegenden Krankheitsbildes seitens des Chirurgen von Fach in vielen und wesentlichen Punkten von der Auffassung hervorragender deutscher Neurologen wie Oppenheim differirt, welcher in seiner „traumatischen Neurose" zu ganz andersartigen Anschauungen sich bekennt. Das Werk könnte als Uebergangsstufe von der einseitigen Railwayspine zu der umfassenderen traumatischen Neurose gelten.

Den wenig polyglotten deutschen Aerzten dieses eine Frage von einschneidender Bedeutung behandelnde Buch zugänglich zu machen, ist der Zweck der Uebersetzung.

Gleichzeitig entledige ich mich einer angenehmen Pflicht, wenn ich dem Autor für die liebenswürdige Förderung, welche er mir zu Teil werden liess, an dieser Stelle meinen Dank sage.

Berlin, 8. April 1892. **Dr. Placzek.**

Vorwort des Verfassers.

In einem im Jahre 1883 erschienenen Buche, betitelt „Injuries of the Spine and Spinal Cord and Nervous Shock“ (Churchill, 2nd ed. 1885), veröffentlichte ich die Resultate meiner bis zu jenem Zeitpunkte datirenden Erfahrung über die Natur der bei Eisenbahncollisionen und anderen Unfällen erlittenen Verletzungen. Wenngleich das vorliegende Werk zu grossem Teile auf dem 1883 erschienenen Buche basirt, und viel ihm entlehnt, ist die Anordnung völlig verschieden, denn nunmehr bedarf es nicht weiterer Worte, um die beträchtliche Meinungsdifferenz von den dazumal über die Natur der Eisenbahnverletzungen vorwaltenden Ansichten zu begründen. Der Versuch, das frühere Buch zu schaffen, ward — das möge besonders betont werden, — nicht ohne weitgehende persönliche Beobachtung der mitgetheilten Fälle und Verletzungen in Scene gesetzt. Während eines Zeitraumes von neun Jahren hatte ich sie oft gesehen, und von Anbeginn stand mein Entschluss fest, nicht eine Zeile in die Welt zu setzen, bis eine mindestens fünfjährige Erfahrung das Recht mir gäbe. Die vier, der Vorbereitung des Werkes geweihten Jahre boten Gelegenheit, über das fernere Ergehen einer grossen Zahl der beobachteten Personen Erkundigungen einzuziehen, und eine Uebersichtstafel bildete keinen unwesentlichen Teil des Werkes. Es war unmöglich, von Neuem die aussergewöhnliche, in der systematischen Nachforschungsmethode liegende Kraftleistung zu vollbringen, die Reiseanstrengung von tausenden von Meilen und die Unzuträglichkeit einer oftmaligen Abwesenheit von London hinderten es. Die beträchtliche Zeit, welche auf die Vorbereitung des früheren Werkes verwandt ward, hat sich überdies auch glänzend belohnt. Obgleich ich nämlich in dem gegenwärtigen Werke mehr als in dem früheren zu berichten habe, brauche ich trotzdem nichts zu widerrufen, als im Widerspruch stehend mit den während acht neuer Jahre gewonnenen Erfahrungsthatsachen. Und weiter ward mir die Genugthuung, zu erfahren, dass die damals ausgesprochenen Ansichten thatsächlich von all denen acceptirt wurden, welche mit dem Gegen-

stande vertraut sind und mit derartigen Verletzungen zu thun haben, nicht nur in diesem Lande und in Amerika, sondern auch in Frankreich und Deutschland und anderen Ländern. Unnötig ist es deshalb, noch einmal den Teil zu reproduciren, welcher mit der Rückgratserschütterung und der „Erschütterung des Rückenmarkes" sich befasste. Die Theorie, welche die nervösen Folgezustände der Eisenbahnverletzungen auf Meningo-myelitis des Gehirns und Rückenmarks zurückzuführen suchte, findet keinen Anhang[1]) mehr und wird ihn auch in Zukunft wahrscheinlich nicht wiedererlangen, falls sie nicht auf mehr pathologische und klinische Fakta sich stützt, als ursprünglich zu ihren Gunsten angeführt wurden. Die Folgen einer Eisenbahnverletzung sind glücklicherweise nicht so ernster Natur, wie es jene Theorie annahm, trotzdem beanspruchen sie vollste Aufmerksamkeit, wegen der ernsten, wenngleich gewöhnlich vorübergehenden Wirkungen auf das Nervensystem.

In den letzten Jahren sind erneute Versuche gemacht worden, die vielgestaltige Natur der Collisionsverletzungen zu enträtseln und zu deuten. Von vielen Autoren in diesem Lande und im Auslande, von Thorburn, Dreschfeld, Ross und Collier hier, Weir Mitchell, Dans, Hodges, Putnam und andern in Amerika, von Charcot und vielen seiner Schüler, von Guinon und Berthez, Moricourt, Ferrier und Vibert in Frankreich, von Oppenheim, Strümpell, Bernhardt, und Westphal in Deutschland und einem Heer andrer Forscher ward neues Licht gebracht in das geheimnisvolle Dunkel der traumatischen Psychoneurosen. Die hysterischen und neurasthenischen Zustände, welche tiefer geistiger Zerrüttung zu folgen pflegen, und die Shockwirkung auf das ganze Nervensystem, welche ein Eisenbahnunglück bedingt, wurden zu deuten versucht. Die Anschauung, welcher ich Geltung zu verschaffen suchte, ging dahin, dass die meisten der seltsamen, so gewöhnlich nach Eisenbahnunfallen zu constatirenden nervösen Symptome nicht anatomischen Läsionen des Rückenmarkstranges ihren Ursprung verdanken, sondern mehr oder weniger unmittelbare Begleiterscheinungen der gewaltigen psychischen Alteration sind, welche fraglos die besondern Schrecknisse jeder Collision bedingen. Und ich bemühte mich zu zeigen, wie das zufällige Bestehen einer extraspinalen, muskulären oder ligamentösen Gewebsläsion den Anlass zu der völlig irrigen Anschauung gab, dass die nervösen Symptome auf einer Verletzung jenes Teiles des Centralnervensystems beruhen müssten, welchen die Wirbelsäule umschliesst. Seit jener Zeit, wo ich dieser meine Ansicht Ausdruck verlieh, haben die weiterhin gemachten Er-

---

[1]) „Est définitivement abandonnée" ist der Ausdruck eines französischen Autors, Dr. Dutil.

fahrungen meine Ansicht gefestigt, und da ich in meiner siebzehnjährigen Thätigkeit als Chirurg der London und North Western Railway Company die weitgehendste Gelegenheit hatte, diese Klasse von Verletzungen zu studiren, so darf ich es wagen, der Arztwelt in neuer gedrängterer Form meine Erfahrungen zu unterbreiten.

Das Buch erhebt nicht den Anspruch, ein Lehrbuch der Nervenkrankheiten zu sein. Nur ein Kapitel in ihrer Geschichte soll es bilden; und wenn es um der Uebersichtlichkeit willen selber in Kapitel zerfällt, so geschieht es, auf dass es gelesen werde. Seine verschiedenen Teile bilden ein Ganzes, und wenn auch nicht jede Darstellung durch die Mitteilung der Einzelfälle gestützt wird, so beruht sie nichtsdestoweniger auf thatsächlicher Erfahrung und Beobachtung. Ich war stets bemüht, objectiv zu urteilen, in der eingehenden Erwägung, dass ein Werk, wie das meine, von solchem Thema handelnd, nur seinen Zweck, andern Nutzen zu bringen, erfüllen kann, wenn es von kritischem Geiste, frei von Parteilichkeit und Voreingenommenheit, getragen wird.

Zum Schlusse möchte ich noch meinem Freunde Mr. Thorburn meinen Dank aussprechen für die vielen wertvollen Ratschläge.

December 1890.

Herbert W. Page,
London, 146 Harley Street W.

Inhalt:

		Seite.
I.	Verletzungen des Rückens	1
II.	Allgemeiner Nervenshock	22
III.	Allgemeiner Nervenshock (Forts.)	43
IV.	Schreckneurosen — Traumatische Hysterie . . .	52
V.	Schreckneurosen (Forts.)	64
VI.	Behandlung	83
VII.	Simulation	88
VIII.	Die forensische Beurteilung der Eisenbahnverletzungen	103
	Literatur	109
	Register	112

Eisenbahnverletzungen.

Kapitel I.

Verletzungen des Rückens.

Inhalt: 1. Ihre Häufigkeit. — 2. Art des Auftretens. — 3. Combination mit „nervösem Shock". — 4. Steifigkeit, Schmerz, Empfindlichkeit. — 5. Die kleinen Vertebralgelenke. — 6. Pseudo-Paralyse. — 7. Wirkliche Erschwerung der Harnentleerung und Obstipation. — 8. Furcht vor Bewegungen. — 9. Character und Dauer der spinalen Schmerzen. — 10. Hyperaesthesie des Rückens. — 11. Periphere Paraesthesieen nach spinalen Verletzungen. — 12. Erforderniss absoluter Ruhe. — 13. Begleitende Nervenverletzungen. — 14. Myelitis und Meningitis. — 15. Syphilis und Pachymeningitis. — 16. Gefahr späterer Strangdegeneration. — 17. Vergesellschaftete Neurasthenie und der Einfluss anerkannter Entschädigungsansprüche auf die Wiederherstellung.

1. Bei Bahnunglücksfällen können Verletzungen jeder Art und jeden Grades zustande kommen, aber sie erscheinen in keiner Weise von jenen verschieden, welche irgend eine andre Gewalteinwirkung zu schaffen vermag. Ihre Häufigkeit.

Ebensowenig differiren Rückenverletzungen infolge von Eisenbahnunfällen von jenen, auf anderm Wege erfolgten, aber ihre Häufigkeit, vor allem das eigentümliche Gepräge, welches sie den vielgestaltigen Formen der Eisenbahnverletzungen, besonders jener in den nachfolgenden Kapiteln behandelten, verleihen, gewährt ihnen das Recht auf besondere Beurteilung. Dass ihr häufiges Vorkommen fraglos ist, ward von Riegler ([1]) bestätigt, wie von jedem, der je über diesen Gegenstand schrieb, und unter den Fällen meiner eignen Beobachtung [1]) waren mehr als 60 Prozent, welche über eine Rücken-

[1]) Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere der Verletzungen des Rückenmarkes, Berlin 1879. Riegler zeigt in seiner Statistik dass in Deutschland seit Einführung eines Entschädigungsgesetzes für auf Eisenbahnen verletzte Personen die Zahl der Verletzungen oder Beschwerden über Verletzungen sich enorm gesteigert hat, und dass unter 36 Fällen nicht weniger, als 28 Rückenverletzungen waren.

Verletzung klagten. Ihren Einfluss auf die mehr nervösen Folgeerscheinungen der Bahnunfälle zu beweisen, ist eine Hauptaufgabe dieses Buches, und wer nicht bloss oberflächlich seine Seiten durchblättert, wird die Wahrheit bestätigt finden.

Ich werde zuerst von den gewöhnlicheren, bei Eisenbahn- und ähnlichen Unfällen sich findenden Rückenverletzungen sprechen, und späterhin auf jene Zustände oder Symptome eingehen, welche zu der Annahme einer stattgehabten Läsion irgendwelcher Nervenelemente des Rückenmarkes Anlass geben. Ich darf es wohl besonders betonen, dass in keinem der mitgeteilten Fälle eine Verdächtigung der bona fides Berechtigung hatte.

Ein sehr häufiges Vorkommnis ist folgendes: Ein Mann war im Kollisionsmomente bei vollem Bewusstsein geblieben. Er weiss genau anzugeben, dass er keinen Stoss erlitt, — vermag völlig wahrheitsgetreu jede Einzelheit des Unfalles zu schildern, trotzdem verspürt er nach wenigen Stunden, mitunter noch früher, Schmerz im Rücken. Was ist mit ihm vorgegangen? Betrachten wir einen einfachen, durch keine andere Verletzung complicirten, Krankheitsfall.

Fall 1. Einfacher Lumbarschmerz. Traumatische Lumbago. — M. A., ein kräftiger Mann, fuhr in einem 1. Klasse-Wagen, als eine unbedeutende Kollision sich ereignete. Er sass in jenem Moment vornüber gebeugt, in die Lektüre vertieft, und wurde kaum von seinem Sitz bewegt. Er fühlte eine schwache Erschütterung, und vermochte wenige Minuten später seinem Geschäfte nachzugehen. Am nächsten Tage verspürte er einen Schmerz in der Lumbosacralgegend, welcher am folgenden Tage an Heftigkeit zunahm, und ihn am dritten und vierten Tage ans Haus fesselte. Es wurde ein Belladonnapflaster verordnet, und eine Woche später begann die Besserung, von gelegentlichen Schmerzattaquen unterbrochen. Es bestand keine locale Empfindlichkeit, und die Schlussfolgerung aus der mitgeteilten Krankengeschichte ist, dass die Verletzung in einer einfachen Zerrung des Muskel- und Ligamentapparates in der Lumbo-Sacralgegend bestanden hatte. Dies war wirklich eine „traumatische Lumbago".

Art des Auftretens.

2. Bei derartigen unbedeutenden Kollisionen vernimmt man häufig, dass die Passagiere im Innern des Wagens durcheinander gerüttelt wurden, und wenn auch dieser Mann kaum eine Bewegung erfahren hatte, giebt doch häufig die plötzliche Hemmung des mit bedeutender Geschwindigkeit dahineilenden Zuges den Anlass, dass der Reisende von seinem Platz auf den Boden geschleudert wird. Dabei zeigt sich der physikalische Aufbau der Wirbelsäule besonders disponirt für diese Verletzungsform.

Vermöge ihrer zahlreichen Articulationen und ihrer Muskel- und

Ligamentverbindungen zu ausgiebigster Bewegungsmöglichkeit nach jeder Richtung bestimmt, nach vorwärts und rückwärts, zur Rotation und von Seite zu Seite, ward nichtsdestoweniger von Natur ihr die Aufgabe, zum Schutze des in ihrem Innern ruhenden Rückenmarkes zu dienen. Um diese Pflicht zu erfüllen, werden bewusste uud unbewusste Anstrengungen im Collisionsmomente gemacht, den biegsamen Wirbelsäulenstab starr zu halten. Infolge der Gewalteinwirkung und des durch Anspannung des Muskel- und Bandapparates gesetzten Widerstandes erleiden die Ligamente und Muskelbänder eine Streckung, Ueberstreckung und möglicherweise auch Zerreissung. Die Verletzung ist vollkommen dieselbe, wie die alltäglich zu beobachtende, wo ein Mensch erzählt, dass er im Begriffe, eine schwere Last zu heben, plötzlich im unteren Teile des Rückens einen heftigen Schmerz verspürte, der die Ausführung der Bewegung beinahe unmöglich machte. Sie untersuchen ihn und finden kein äusseres Zeichen einer Verletzung, aber er zögert auf Aufforderung, sich zu bücken, hält seinen Rücken unnatürlich steif, findet es schwierig oder unmöglich, sich von seinem Sitze zu erheben, und sehr wahrscheinlich ist eine örtliche Empfindlichkeit der Muskelmasse auf einer Seite der Lendenwirbelsäule vorhanden. Es finden sich mannigfache graduelle Unterschiede bei dieser Verletzung, und die Schmerzempfindung kann an den verschiedensten Teilen der Wirbelsäule sich lokalisiren.

Fall 2. Cervico dorsale Schmerzen. Ein Mann von 42 Jahren befand sich in einem Zuge, welcher (ohne Warnungszeichen), mit einer Geschwindigkeit von fünfzig Meilen die Stunde, auf einen auf den Schienen stehenden Kohlenzug aufrannte. Er wurde plötzlich vorwärts geschleudert, und fühlte sofort heftigen Schmerz in der Cervico-dorsalregion. Wenngleich derselbe in dieser Stärke nicht wiederkehrte, blieb doch mehrere Wochen lang eine lästige, dumpfe Schmerzempfindung bestehen, sowohl über, wie zu beiden Seiten der Wirbelsäule. Es waren keine anderweitigen Zeichen einer Verletzung auffindbar, und jenes im Momente des Unfalles vorhanden gewesene Gefühl von Uebelkeit und Schwäche schwand alsbald. Offenbar war die Verletzung vollkommen gleicher Art, wie die bereits charakterisierte traumatische Lumbago.

Die Schmerzempfindlichkeit der Wirbelsäule kann auch weiterverbreitet sich finden.

Fall 3. Zerrung der ganzen Wirbelsäule. — Eine weit schlimmere Collision erlebte ein Mann von 58 Jahren, welcher in seinem Wagen aufrecht dasass, das Haupt etwas seitwärts gebeugt. Er wurde rückwärts geschleudert, der Kopf schlug gegen die Scheidewand des Wagens, wobei ihn nur die Hutkrämpe vor heftigerem Anprall be-

wahrte. Er fühlte die Erschütterung des Körpers, erbrach aber nicht. Wenige Stunden später traten Schmerzen ein, besonders in den beiden unteren Rücken- und beiden oberen Brustwirbeln. Zu Hause wurde er zu Bett gebracht, und musste einen ganzen Monat starke Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule leiden, — in der Cervical-, Dorsal-, Lumbal- und Sacralgegend, — so dass er zu keiner Bewegung fähig war. Niemals liess sich eine Pulsbeschleunigung, Temperaturerhöhung oder periphere Schmerzempfindung nachweisen. Am Ende des Monats begann die Besserung, er wurde fähig, Arm und Kopf schmerzlos zu bewegen und gelegentlich im Bette aufrecht zu sitzen. Nach zwei Monaten konnte er aufstehen, nach dreien umhergehen und in seinem kleinen Geschäfte thätig sein. Er erholte sich allmählich und war fünf Jahre nach dem Unfall völlig gesund, obgleich er bei Beginn einer Reise immer noch ein Gefühl der „Zaghaftigkeit" hatte, und wenn er nicht seine Energie zu Hülfe nahm, in Gefahr geriet, in dem unteren Teile des Rückens die Schmerzempfindung wieder auftreten zu sehen.

Combination mit „nervösem Shock."

3. Diese Fälle bieten treffliche Beispiele der gleichen Verletzungsart, wenngleich sie verschiedene Teile des Rückgrats betreffen. Es ist jedoch ungewöhnlich, derartigen Fällen ohne jede Komplikation zu begegnen. Der „nervöse Shock" in seinen Varianten ist eine so gewöhnliche Begleiterscheinung der Eisenbahnunfälle, und spielt eine so hervorragende Rolle in allen Fällen, welche Gegenstand forensischer Begutachtung werden, mögen sie wirklich oder fingirt sein, dass wir fast mit Gewissheit seine Symptome mit den Zeichen der Spinalirritation und Rückenschmerzen vergesellschaftet finden. Diese Thatsache legte offenbar den Grund zu jenen irrtümlichen Anschauungen, welche zu einer Zeit inbetreff der gewöhnlichen, bei Eisenbahnkollisionen zustande gekommenen Verletzungen geltend waren.

Ein Mensch erleidet einen allgemeinen Shock, und zu gleicher Zeit ist er tief bekümmert, und beunruhigt fortgesetzt die Umgebung, wegen oft sehr heftiger Schmerzempfindlichkeit, deren Sitz er an einen Teil der Wirbelsäule oder die angrenzenden Partien der Körperdecke verlegt. In den beiden zuerst geschilderten Fällen war die einfache Muskel- oder Ligamentzerrung einzige Ursache des Schmerzes; und der Mangel jedweder äussern Verletzung beweist, dass die Ursache des Schmerzes, der über die ganze Wirbelsäule sich erstreckte, jede Rumpfbewegung unmöglich machte, völlig die gleiche war, wie in dem 3. und ernsteren Falle. Selten trifft man in gewöhnlicher Praxis Fälle der letzten Art, aber Eisenbahnkollisionen schaffen Zustände, welche eine so ausgedehnte Zerrung der Wirbelsäule ermöglichen.

Variabel, wie der Schmerz in der Art seiner Ausbreitung und seinem Charakter zu sein pflegt, ist auch sein Beginn.

Fall 4. Sehr akuter Lumbarschmerz. — Ein junger Mann verspürte drei Tage nach einer Kollision Schmerzen und Steifigkeit in der Lendengegend, so dass er nur schwer sich bewegen konnte, und sich am wohlsten fühlte bei ruhiger Rückenlage. Sein Rückenschmerz steigerte sich immer mehr, und, um seine eigenen Worte zu gebrauchen, er dachte, es ginge mit ihm zu Ende, eine Lähmung wäre im Anzuge, denn versuchte er sich aufzustellen, so ward ihm, als dringe ein Messer in sein Inneres. Elektrischen Schlägen ähnelnd, schossen die Schmerzen nach oben und nach unten von den Lenden, so dass er zu Boden sank. Dieser Zustand dauerte ungefähr drei Wochen, während welcher Zeit er fast hülflos dalag, und die grösste Schwierigkeit bei Defäcation und Harnentleerung hatte. Zu gleicher Zeit bestand beträchtliche lokale Empfindlichkeit, aber niemals ein Zeichen äusserer Verletzung. Diese Beschreibung ist charakteristisch für einen akuten Anfall von Lumbago.

Steifigkeit, Schmerz, Empfindlichkeit.

4. Doch Steifigkeit und lokale Schmerzempfindung sind nicht die einzigen Merkmale einer Wirbelverstauchung. Oftmals wird eine lokale Empfindlichkeit geklagt, welche bei Druck auf einen oder mehrere processus spinales auftritt oder auch einen grösseren Bezirk beiderseits der Wirbelsäule einnimmt, und nun wird die Erwägung von Wichtigkeit, ob eine ernstere Läsion den Anlass giebt, als die gewöhnliche, bisher geschilderte.

Meine eigene Erfahrung stützt diese Vermutung nicht. Lokale Schmerzempfindlichkeit ist ein häufiger Befund in Fällen einfacher Wirbelverstauchung, wie sie nach dem Erheben schwerer Gewichte vorkömmt, und sehr seltsam würde es erscheinen, wenn dasselbe Symptom nicht in jenen Fällen sich fände, wo die heftigen Stösse und Zerrungen bei einer Eisenbahnkollision die Verstauchung veranlassten.

In den schlimmeren Fällen werden aller Wahrscheinlichkeit nach dieselben Veränderungen produzirt, wie sie in der Umgebung eines verstauchten Fuss- oder andern Gelenkes aufzutreten pflegen, aber die Schwellung um die kleinen Gelenke des Wirbelsäulenstabes und seiner Muskel- und Ligamentverbindungen können Sie nicht sehen, da die anatomische Lage sie dem Auge verbirgt, und sie von weit geringerer Grösse sind. Indessen kann eine tiefsitzende Narbenveränderung zuweilen entdeckt werden, auch wo kein Bluterguss stattgefunden hat.

Demgemäss ist die Schmerzempfindlichkeit ein mehr oder weniger unvermeidlicher Folgezustand der Verletzung, aber ist sie ein gefährlicheres Symptom, als der Schmerz bei Bewegungsversuchen?

Wenn wir uns fragen, ob die lokale Empfindlichkeit ein hervorstechendes Symptom bei den Rückenmarkskrankheiten ist, die wir in unsern Hospitälern sehen, müssen wir dann nicht zugeben, dass weit öfter sie fehlt? Wird nicht eine derartige Diagnose auf Grund eines völlig andern Symptomcomplexes gestellt?

Wer je einen Vertikalschnitt durch die Mitte der Wirbelsäule untersuchte, wer es sah, wie weit das Rückenmark von der Oberfläche entfernt liegt, wie die Dornfortsätze einander dachziegelförmig decken, welch dicke Muskelmasse darüber ruht, muss die Ueberzeugung gewonnen haben, dass alle gewöhnlichen, die Wirbelsäule treffenden Druckwirkungen geringen oder keinen Einfluss auf die im Innern ruhende Gewebsmasse üben können. Die Empfindlichkeit an sich ist deshalb nicht als Anzeichen einer ernsten Schädigung des Inhaltes der Wirbelsäule anzusehen. Es ist ein Symptom, welches, wenn überhaupt von etwelchem Wert, eher Mut einzuflössen bestimmt ist, indem es hinweist auf die Verletzungsart, welche wir nunmehr behandeln wollen.

Die kleinen Vertebralgelenke

5. Wenngleich die lokale Empfindlichkeit als Merkmal intraspinaler Laesion von wenig Wert ist, weist ihr langes Bestehen an einem Orte ganz entschieden auf eine entzündliche Affektion eines der kleinen Wirbelgelenke hin. „Es muss besonders geschätzt werden“, schreibt Mr. Shaw in Hahnes' „System“, „dass, obwohl die kleinen, von den processus obliqui gebildeten Gelenke zahlreich sind, sie kaum jemals erkrankt sich fanden.“ Doch wir wissen, dass diese kleinen Gelenke sehr ernst von Arthritis rheumatica befallen sein können, und dass sie keiner pyämischen Eiterung entgehen. Warum sollten nun nicht gelegentlich eines oder mehrere von ihnen von traumatischer Synovitis afficirt werden können, wie sie in anderen grösseren Gelenken nach Verletzungen sich findet? Zweifellos ist traumatische Synovitis eines Wirbelgelenkes äusserst selten, aber sie kann gelegentlich die Ursache einer anders unerklärlichen Empfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit sein.

Pseudoparalyse.

6. Die drei hervorstechendsten und charakteristischen Zeichen einfacher Verstauchung der Wirbelsäule sind Steifigkeit, Empfindlichkeit und Schmerz, und wir sehen, dass diese in jedem Teile des Rückgrates sich lokalisiren, ja dieses sogar in ganzer Ausdehnung befallen können. Diese ausgedehnte „Lumbago“, — wenn dieser Ausdruck verwendbar ist, um jene quälenden Schmerzen zu bezeichnen, — kann Anlass zu einer Form von Pseudoparalyse werden, welche, wenn nicht erkannt, ungerechtfertigte Beunruhigung zu erwecken vermag. Der Schmerz bei allen Bewegungen kann eine derartige Heftigkeit erreichen, dass in der That der Patient vor jeder Lageveränderung zurückschreckt, sei es der Gliedmassen, des Rumpfes

oder Kopfes. Diese wohl begründete Angst, sich zu rühren, kann bald zum bedeutungsvollen Faktum absoluter Bewegungsunfähigkeit werden, besonders wenn die Verletzung die Lumbar- und Lumbosacralgegend befiel. Fragen Sie irgend jemanden, der eine ernste Lumbago durchgemacht hat, gleichgültig ob infolge von Verletzung, von Rheumatismus oder von Erkältung, ob er nicht das seltsame Gefühl der Erschwerung, die Beine zu bewegen, verspürt hat. Rasches Gehen wird unmöglich; die notwendige Anstrengung, ein Bein vor das andere zu setzen, wächst unnatürlich; die Ermüdung stellt früh sich ein, und der Patient klagt Ihnen über ein Schwächegefühl in den Beinen, als ob er kaum imstande wäre, sie zu bewegen. Die Verletzung kann oftmals allein aus der Besonderheit des Ganges diagnosticirt werden.

Wirkliche Erschwerung der Harnentleerung und Obstipation.

7. Zur selben Zeit kann eine Erschwerung der Harnentleerung sich finden, weil die natürliche thatkräftige Unterstützung fehlt, welche bei diesem Vorgang den Lendenmuskeln obliegt. Der Patient kann vielleicht seine Blase nicht völlig entleeren, es tritt am Schlusse des Aktes ein leichtes Tröpfeln ein, daher scheint es ihm, dass sein „Wasser unwillkürlich abgehe“, und wenn, als Folge mangelhafter Retention, noch eine Blasenreizbarkeit sich hinzugesellt, so scheinen Symptome von Unheil kündender Bedeutung in Entwicklung begriffen zu sein. Viele Menschen finden es unmöglich, ihre Blase in Rückenlage zu entleeren, es wird dann der „Residualharn“, bekannt als vielleicht häufigste Ursache der Cystitis, gern als indirectes Resultat irgend einer Verletzung aufgefasst, und der Mann zur Bettruhe verurteilt. Dies kann, ganz unabhängig von irgend welcher auf Shockwirkung beruhender Retention entstehen, von welcher später gehandelt werden wird. Daraus erhellt, dass Verstauchungen des unteren Rückenteiles dieselbe Kombination von Funktionsstörungen schaffen können, und allenthalben finden wir, dass die Blasenstörung beträchtlich in den Vordergrund tritt. Dieses Symptom pflegt besonders aufzutreten, wenn durch die Shockwirkung des Unfalles das Nervensystem alterirt wurde, dann können sie einen Zustand von Blasennervosität finden, bei welcher der Patient häufig den Drang hat, Wasser zu lassen, jedoch unfähig ist, den Akt vollkommen zu vollenden, und das bedeutungsschwere Abtröpfeln die Scene schliesst.

Auch die Verstopfung verdankt der gleichen Muskelunthätigkeit ihren Ursprung, und wird zu einem fast unveränderlichen Zuge in dem Krankheitsbilde. So schlussfolgern die Freunde des Patienten von ihrem Laienstandpunkte nicht zu unrecht, wenn sie ihn „gelähmt“ nennen, und zwar gelähmt infolge von ernster Rückgratsverletzung. Wenn Sie diese Täuschungen nicht vermeiden, nicht

logisch den Zustand der Dinge deuten, werden Sie dem Schrecken, dem Folgezustand der Eisenbahnkollisionen, die drohende „Paralyse" gesellen.

Furcht vor Bewegung.

8. Diese sehr gefährliche Furcht vor einer Lähmung wird noch weiter gesteigert durch allerhand abnorme Sensationen. So kann ein seltsames Gefühl von Schwäche in den Beinen auftreten, und der Patient klagt Ihnen, dass er nicht gehen könne, oder dass ihm die Beine den Dienst versagten, wenn er den Versuch machte. Wiederholte Beobachtung indessen macht es für mich unzweifelhaft, dass diese Erscheinung mehr der Furcht, sich zu bewegen,[1]) entspringt, als einer thatsächlichen Unfähigkeit, gleichwie nach Nervenläsion, und die persönliche Erfahrung bei vielen Hunderten von Fällen, ausserdem der Mangel jedweder Erwähnung eines derartigen Folgezustandes in der medizinischen Literatur, berechtigt mich zu der Behauptung, dass durchaus nicht mehr Veranlassung vorliegt, eine thatsächliche Lähmung nach einer bei einer Eisenbahnkollision davongetragenen Rückgratsverstauchung vorauszusetzen, als sie nach den unzähligen verschiedenen Verletzungsakten in Frage kommt, welche dem Chirurgen in die Hände kommen.

Mangels anderer Verletzungszeichen, nach denen natürlich sorgfältig geforscht werden muss, legen Sie deshalb nicht zu viel Gewicht auf diese Schmerzempfindlichkeit an einem oder mehreren Punkten der Wirbelsäule, oder auf die Steifigkeit und Pseudolähmung, welche sie begleiten. Beide, Schmerz und lokale Empfindlichkeit können, in Fällen wirklicher Schädigung des Rückenmarkes oder seiner Häute, den Punkt bestimmen helfen, an welchem die Verletzung stattfand, aber keineswegs sind sie pathognomonische Symptome einer Rückenmarkskrankheit. Keinesfalls möchte ich die thatsächliche Wichtigkeit dieser Wirbelverstauchungen unterschätzen. Sie können dem Patienten höchst peinvoll sein; die Schmerzen können lange Zeit anhalten; es können monate- oder jahrelang unter passenden Verhältnissen Schmerzrecidive auftreten; aber wir sollten ihnen nicht mehr Wichtigkeit beimessen, als sie verdienen, und ihr Erscheinen sollte nicht eine nutzlose Furcht vor ernster Gewebsläsion innerhalb des Wirbelcanals heraufbeschwören.

Charakter und Dauer des Spinalschmerzes.

9. Die lange Dauer eines Rückenschmerzes wird naturgemäss

---

[1]) Diese Furcht vor Bewegung zeigte in seltsamer Weise ein Mann, welcher derartige Verletzungen, wie oben beschrieben, erlitten hatte, ans Bett gefesselt ward, und drei Personen brauchte, ihm aus dem Bett zu helfen, wann er am Tage Urin lassen wollte. Ihm selbst erschien es völlig unfassbar, dass er, wenn er in der Nacht erwachte, zu gleichem Zwecke ohne jede Hülfe aus dem Bette springen konnte. Es braucht wohl nicht besonders betont werden, dass kein Betrug mitunterlief.

der Anlass zu stetiger Beunruhigung des Patienten, und des Zweifels an seiner schliesslichen Wiederherstellung; aber wenn der Schmerz richtig beurteilt und in seinem wahren Werte als Symptom spinaler Erkrankung erkannt wird, wird weniger Grund zu derartigen Befürchtungen sich finden. Betrachten wir ihn einmal bei andern Krankheiten als einfacher Wirbelverstauchung.

Bei Wirbelcaries zum Beispiel wissen wir, dass lokale Schmerzempfindlichkeit nicht eines der hervorstechendsten Symptome ist, jedenfalls von weit geringerem diagnostischem Werte, als die periphere Schmerzempfindung, die instinctive Furcht, sich aus der Ruhelage zu erheben, oder das Fehlen der natürlichen Biegsamkeit, wenn der Patient sich bewegt.

Der Schmerz ist thatsächlich nur charakteristisch für eine muskuläre oder ligamentöse Läsion, ja noch mehr, fast typisch für diese Verletzungsform. Dumpfe, mehr oder weniger constante Schmerzen über und neben der Wirbelsäule und in den Muskelmassen zu beiden Seiten müssen selbstverständlich bei Bewegungen heftig werden, so dass der Patient sich scheut, sich überhaupt zu rühren; oder macht er den Versuch umherzugehen, so fassen sie ihn mit Macht, bringen ihn zu lautem Aufschreien, und haben erneute Schmerzen im Rücken im Gefolge.

Die Spinalschmerzen sind wirklich denen sehr ähnlich, welche eine Gelenkcontusion oder Verstauchung zu Wege bringt; es besteht auch dieselbe Indikation für die Behandlung. Uebung — nur nicht Fixation des ganzen Rückens in plastische Jaquets — ist sicherlich das beste Mittel, sie zu befestigen, nachdem eine angemessene Ruhezeit die Möglichkeit gab, von den unmittelbaren Wirkungen des Shoks sich zu erholen, ferner die Vermeidung der Gefahr, welche zu frühzeitige Bewegung der gedrückten und gezerrten Teile bedingt. Sicherlich ist in der ersten Zeit die zur Bewegung erforderliche Kraftleistung ungewöhnlich gross, und bei dem ersten Versuch, das Bett zu verlassen und umherzugehen, kann der Schmerz so heftig werden, dass er den Patienten von Neuem ins Bett scheucht, doch wenn das Anfangsstadium überwunden wird, wenn ärztliche Beharrlichkeit und Bestimmtheit den Patienten wohlthätig beeinflusst, ist es ziemlich sicher, dass der Schmerz täglich schwächer werden, und zu gleicher Zeit grössere Bewegungsfreiheit erzielt werden wird.

In einem verstauchten Gelenke, wissen wir, geht oft Steifigkeit und Schmerzgefühl pari passu zusammen. Diese Vergesellschaftung bei diesen Rückenverletzungen bildet ein wertvolles Hülfsmittel für die Erkenntnis, dass die Spinalschmerzen nicht ernsteren Ursprungs sind, wie jene durch Muskel- und Ligamentzerrung bedingten. Ein weiterer, ihnen gemeinsamer Charakterzug ist ihr Bestreben, hart-

näckig eine lange Zeit anzuhalten, nach Intervallen leidlicher oder völliger Ruhe zu recidiviren, durch Witterungswechsel oder irgend welche aussergewöhnliche Anstrengung beeinflusst zu werden. So beunruhigen sie den Patienten unnötig, bestärken ihn in dem Glauben, dass seine Verletzung bedeutender sei, als sie in Wirklichkeit war, und lassen seine völlige Genesung, ohne dauernde Schädigung oder Beeinträchtigung, in weiter Ferne erscheinen. Unsre Pflicht ist es, nicht etwa seine Unruhe zu teilen, nein, mit aller Macht ihn zu den Massnahmen zu veranlassen, welche allein seine Genesung sichern können, sein Bett zu verlassen, für Luftveränderung zu sorgen, nötigenfalls sein Allgemeinbefinden zu kräftigen, mehr Bewegungsmöglichkeit zu schaffen, als zu Haus ihm zu Gebote stände. Vor allen Dingen grösste Sorgfalt und kein Symptom zu übersehen, welches eine wirkliche Verletzung der Rückenmarksmembranen oder eine Erkrankung des Rückenmarkes anzeigt.

Hyperaesthesie des Rückens.

10. Nicht deshalb allein ist es wünschenswert, zu baldiger Klarheit in der Diagnose zu gelangen, sondern auch aus dem Grunde, weil für den Patienten, gleichgültig ob Mann oder Weib, wenige Dinge schlimmere Erfolge zeitigen, als eine beständige Wiederholung der Rückenuntersuchung, da Schmerz und Empfindlichkeit an den verletzten Partieen stets von Neuem erregt wird. Oftmalige Untersuchung ist der richtige Weg, um einen Zustand übermässiger Nervosität zur Entwickelung zu bringen, und eine Hyperaesthesie der Körperoberfläche heraufzubeschwören, die oft höchst peinvoll wird. Gerade wie eine Hyperaesthesie über einer ausgedehnten Hautpartie der Höhle bei sogenannter Coxalgia hysterica gesehen wird, kann eine weit verbreitete Empfindlichkeit der Rückenhaut bei vielen Fällen einfacher Wirbelverstauchung sich entwickeln, ohne mit einer anderen Erkrankung der Wirbelsäule vergesellschaftet zu sein. Die anfängliche Entwickelung kann gelegentlich zur Beobachtung kommen, und der wirkliche Ursprung so manifest werden.

Fall 5. Verstauchung der Dorsal- und Lumbarwirbel. — Starke Hyperaesthesie. — Ein junger Mann wurde bei einer geringfügigen Kollision etwas gerüttelt. Wenige Tage später traten an der Wirbelsäule die beschriebenen Schmerzen auf. Er erholte sich allmählich, aber der Rückenschmerz hielt an, und die Wirbelsäule wurde deshalb besonders sorgfältig untersucht, weil ihr bislang wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden war. Die Untersuchung entdeckte einen druckempfindlichen Punkt über einem der Dorsalwirbel, es war wirklich der Punkt, wo die Läsion wahrscheinlich am ernstesten gewesen war. Innerhalb eines oder zweier Tage wurde der Rücken derart empfindlich, dass Patient über die leichteste Fingerberührung, an fast jeder Stelle, klagte und vor ihr zurückbebte. Er war so

empfindlich geworden, dass er jedwede Berührung zu vermeiden bestrebt war, selbst den auf seinen Rücken gerichteten Blick schien er zu fürchten, und bewegte sich unter solchen Wendungen vorwärts, dass er die Abwesenheit jeder ernsten Läsion der Wirbelsäule oder ihres Inhaltes klar bewies. Zweifellos war die Hyperaesthesie völlig wahr; aber ausser der Art des Beginns achte man auf ihre Unbeständigkeit. So bedeutend war sie, dass, wäre sie wirklich gewesen und nicht imaginär, sie dem Manne es hätte unerträglich machen müssen, einerseits auf seinem Lager zu ruhen, andererseits den Contact der Kleider zu leiden.

Dies ist die so oft gefundene Hyperaesthesie, welche dem Schmerz, dem wirklichen Folgezustand der Wirbelverstauchung, sich zugesellt; und doch wird gar oft ihre Unbeständigkeit nicht erkannt, und die Hyperempfindlichkeit als ein weiteres und beweiskräftigeres Symptom eines Entzündungszustandes der Rückenmarkshäute angesehen. Sie hat indessen nur wenig Gemeinschaftliches mit der hyperaesthetischen Zone oder den „excentrischen" Schmerzen, welche durch Reizung der sensiblen Nervenwurzeln bedingt sind, sei es durch Membranverdickung oder auf andere Art. Die Hyperaesthesie ist zu weit verbreitet über einen Raum, und ist gleichzeitig zu eng auf den Bezirk beschränkt, welcher Hauptsitz der Aufmerksamkeit ist. Ausserdem ist es unwahrscheinlich, dass eine wirkliche Reizung der sensiblen Nervenwurzeln allein eine Rückenhyperaesthesie bedingen sollte. Weit eher ist sie als der natürliche Ausgang jener Beunruhigung aufzufassen, welche, sowohl bei Hospitalpatienten, wie bei jenen in einer Bahnkollision Gewesenen, untrennbar von Verletzungen der Wirbelsäule oder des Rückens zu sein scheint. Wenngleich sie für den Patienten selbst zweifellos einen realen Zustand darstellt, ist sie trotzdem funktioneller Natur, einzig und allein Produkt seiner alterirten Denkweise.

Kaum ist es nötig, bei dem Schmerz und der lokalen Empfindlichkeit zu verweilen, welche schwinden, sobald des Patienten Aufmerksamkeit irgendwie von dem afficirten Teil abgelenkt wird. Sie können von gleicher Art wie die Hyperaesthesie sein, doch sind sie noch weit öfter funktionell, und werden dann allein von jenen Personen geklagt, welche zweckbewusst die Wirkungen der erlittenen Verletzung zu übertreiben bestrebt sind. Ein weit wichtigeres Zeichen als die Variabilität des Schmerzes während der Untersuchung ist das wichtige Faktum, dass des Patienten Aufmerksamkeit so leicht von dem afficirten Teile ablenkbar ist. Man erinnere sich eines Falles von ernster Kniegelenksentzündung, ist es nicht schlechterdings unmöglich, des Patienten Aufmerksamkeit während der Untersuchung von seinem Knie zu entfernen? Schützt er es nicht mit gleich grosser Sorgfalt,

obwohl er mit Fragen behelligt wird, die gar nicht das schmerzende Glied betreffen? Deshalb ist die leicht mögliche Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit ein wichtigeres diagnostisches Merkmal als die Empfindlichkeit und der Schmerz.

Die Hyperaesthesie und Empfindlichkeit scheint mit dem bei sogenannter „Spinalirritation“ beobachteten Symptome verwandt zu sein, mit welcher Krankheit sich die Brüder Griffin eingehend im Jahre 1834 beschäftigten in ihrem interessanten und wohlbekannten Werk „Ueber funktionelle Affectionen des Rückenmarkes“. Darin weisen sie darauf hin, wie spinale Empfindlichkeit „ein gewöhnlicher Begleiter aller hysterischen Klagen sei, sowie bei zahlreichen Fällen funktioneller Störung, in denen die hysterische Disposition nicht so auffallend ist, und bei vielen nervösen und neuralgischen Affektionen.“ Die Empfindlichkeit könne lokal oder allgemein sein, und in ihrer Beurteilung wäre Zweifel an intraspinaler Laesion oder Entzündung am Platze.

Periphere Paraesthesien nach Spinalverletzungen.

11. Wenden wir uns nunmehr ab von dem „Schmerz, der Empfindlichkeit, Steifigkeit und Hyperaesthesie“, den unmittelbarsten Folgen jener Verletzungsart, die am häufigsten bei Kollisionen den Rücken zu treffen pflegt, und gehen wir über zur Besprechung anderer Symptome und Beschwerden, welche gelegentlich sie begleiten, und als augenfälliger Beweis einer Schädigung anderer Teile gelten können, als der Knochen, Ligamente und Muskeln der Wirbelsäule.

Bei der Betrachtung derselben muss man notwendiger Weise in Erwägung ziehen, dass, wenngleich das Rückgrat und sein die einzelnen Teile verbindender Muskel- und Ligamentapparat wohl geeignet erscheine, das zarte intraspinale Gewebe vor äusserer Verletzung zu wahren, nur die Gewaltstärke bestimmen wird, ob Muskel und Ligamente, die der Ueberbeugung der Wirbelsäule hemmend entgegenzuwirken suchen, allein geschädigt werden. Bis zu einem gewissen Punkte sind sie erfolgreiche Schützer des wichtigsten Organs, das sie bergen, selbst wenn der Versuch ihnen selber Leid bringt; über jenen Punkt hinaus wird ihr Widerstand überwunden, und die Folge ist eine Trennung der Teile, welche zusammenzuhalten ihre Funktion verlangte. Dieser Vorgang wird natürlich viel eher sich abspielen, wenn die Gewalteinwirkung auf einen Punkt gerichtet war, anstatt einen grösseren Bezirk zu treffen, und die Ueberbeugung des Rückgrats ist keine ungewöhnliche Art, in welcher das Rückenmark eine lokale Schädigung erfährt.

Die Pseudoparalyse wurde bereits beschrieben, aber abnorme

Sensationen, wie Kribbelgefühl[1]) und Taubheit, als ob „Federn und Nadeln“ in einzelnen Abschnitten der Glieder ihr Wesen trieben, sind kein ungewöhnliches Vorkommniss nach Kollisionen. Alle solche Klagen sollten mit Recht als der Aufmerksamkeit und Sorgfalt wert betrachtet werden, besonders, wenn sie lange Zeit nach dem Unfall andauern, oder wenn bestimmt bejaht werden kann, dass das Rückgrat allein verletzt wurde. Es ist indessen recht selten, dass die Verletzungen bei ernsten Kollisionen in einem einzelnen Stosse gegen einen Teil der Wirbelsäule bestehen, es ist deshalb wichtig, zu entscheiden, ob diese abnormen peripheren Sensationen nicht wirklich einer die Gliedmassen selber treffenden Schädigung entspringen, bevor man sie als Manifestation centraler Läsion erklärt. Wird diese noch mögliche Täuschung vermieden, so wird der Rest der Fälle, in denen solche Beschwerden erhoben werden, als sehr klein sich erweisen.

Fall 6. Ernste allgemeine Wirbelverstauchung. — Taubheits- und Kribbelgefühl. — E. H. D., 45 Jahre alt, erhielt bei einer ernsten Kollision von einer herabfallenden Reisetasche „einen Stoss“, wie er angab „gegen seinen ganzen Rücken“, der auch das Hinterhaupt mittraf. Er hielt sich nicht für arg verletzt, trotzdem ein recht beträchtlicher Grad von Shockwirkung stattgefunden haben musste. Er setzte die Reise fort, doch drei Viertelstunden später sah er sich gezwungen, die Fahrt zu unterbrechen und sich zu Bett zu begeben. Es begannen nun ernste Schmerzen im Kopfe und längs der ganzen Wirbelsäule sich einzustellen, doch besonders über dem os sacrum und der unteren Cervicalregion. Keine Zeichen einer Quetschung. Er klagte auch über „Taubheit und Kribbeln“ in seinen Gliedern, und über Erschwerung ihrer Bewegung. Er litt drei Tage lang an äusserster nervöser Abspannung fürchtete das leiseste Geräusch, sprach nur im Flüsterton und lag in verdunkeltem Raume. Dabei bestand keine Puls- oder Temperaturstörung, „er konnte auch ohne Narkotikum wenige Stunden des Nachts schlafen. In den folgenden Tagen wurden seine Glieder

---

[1]) Die abnormen Sensationen, beschrieben als „Kribbeln“ oder „Federn und Nadeln“ sind, wenn auch nur subjectiv, weit wertvollere Symptome als die „Taubheit (numbness),“ welchen Ausdruck der Laie in einer von der ärztlichen Auffassung völlig differirenden Bedeutung gebraucht. Furcht vor Bewegung der Glieder ohne ursächlichen Schmerz, körperliche Schlaffheit und Steifheit nach Bettruhe, oder Sensationen, durch allgemeine Quetschung der Glieder bedingt, können als „Taubheit“ bezeichnet werden, auch wenn wir finden und der Patient es zugesteht, dass keine wirkliche Anaesthesie vorhanden ist, noch wirklicher Verlust der Muskelkraft oder Sensibilität. So nannte ein Mann das Gefühl in seinem Bein „numb“, der einen unbedeutenden Stoss gegen das Bein erhalten hatte.

kräftiger, und das Kribbel- und Taubheitsgefühl verringerte sich. Nach fünf Tagen waren diese Sensationen völlig geschwunden, aber die Schmerzen in der Wirbeläule und bei Bewegungen des Nackens und Rumpfes bestanden fort. Er war äusserst nervös, und fürchtete jede Untersuchung seines Rückens. Puls und Temperatur waren durchaus normal. Die Besserung schritt beständig fort, und nach drei Wochen konnte er sich bewegen. Drei Monate später machte er täglich einen Spaziergang von drei Meilen, doch klagte er sehr — besonders bei Untersuchung, — über Schmerz in der Wirbelsäule und ihrer Umgebung, ihre Bewegungen wurden auch augenscheinlich steif und schmerzhaft ausgeführt. Er war immer noch sehr nervös und fühlte eine allgemeine Schwäche, doch bestand keine Verschlechterung der Bewegung, noch Paraesthesie der Gliedmassen. Nach etwa sieben Monaten nahm er die Arbeit wieder auf. Fünf Jahre nach dem Unfalle war er in voller Thätigkeit und bei guter Gesundheit, obgleich er oft über seinen Rücken klagte, „besonders beim Heben schwerer Gewichte“.

Es erhellt aus der Krankengeschichte und der langen Dauer des Schmerzes, dass wir es hier, was die Affektion der Wirbelsäule anlangt, mit der gleichen Verletzungsart zu thun hatten, wie in den beiden vorigen Fällen, aber mit der wichtigen Komplikation gewisser abnormer Sensationen in den Extremitäten, welche synchron mit den Schmerzattaquen einsetzten, um nach wenigen Tagen zu verschwinden. Diese Sensationen waren allgemein, nicht auf irgend ein Glied oder den Teil eines Gliedes beschränkt; und obgleich unmöglich ihre Ursache mit Sicherheit anzugeben ist, ist die Annahme nicht unberechtigt, dass sie durch Zerrung oder Druck auf die vom Rückenmark zur Peripherie verlaufenden Nervenstämme bedingt sind. Bei ernsten Kollisionen ist es in der That wegen der plötzlichen Biegungen und Zerrungen in den verschiedensten Richtungen höchst wahrscheinlich, dass jeder Teil der Wirbelsäule eine Muskel- und Ligamentzerrung erfahren kann, und es ist leicht verständlich, dass die die Wirbelsäulen zu beiden Seiten verlassenden Nerven in Mitleidenschaft gezogen werden können.

Erfordernis absoluter Ruhe.

12. Niemand wird in allen solchen Fällen die Anwendung absoluter Ruhe bemängeln, selbst wenn kein Grund zu der Annahme einer nachfolgenden Läsion des Centralnervensystems vorliegt. Mögen die nervösen Symptome von bestimmter Gewebsläsion herrühren oder nicht, jedenfalls hinterlassen sie keine dauernden Spuren, mit andern Worten, die Genesung von diesen Zuständen ist eine vollkommene; und wenn auch die Anordnung absoluter Ruhe übertrieben scheint, der Nachweis ist nicht schwer, dass die

Symptome weit ernsterer Natur sind, als die Kribbelempfindung im Ulceargebiet nach Stoss des Ellbogens.

Die Bedeutung einer Läsion kann je nach dem Organ oder Gewebe, welches sie trifft, sehr verschieden sein, und es kann vielleicht vorkommen, dass diese abnormen Empfindungen in Fällen klarerer lokaler Schädigung symptomatische Erscheinungen einer wirklichen Alteration des Rückenmarks und seiner austretenden Nervenwurzeln werden.

Ein Ueberblick indessen über eine grosse Zahl von Verletzungen beweist es unzweifelhaft, dass nur in wenigen Fällen eine sichere Verletzung des Centralnervensystems oder der peripheren Nervenbahnen stattgefunden hatte. Verletzungen des Rückenmarkes trifft man nur in wenigen vereinzelten Fällen, und diese Thatsache sollte gebührende Anerkennung finden, wenn ein richtiges Urteil über die weit grössere Anzahl von Fällen abgegeben werden soll, in welchen die Symptome eher dem allgemeinen Shock entspringen, wo einzelne zur Annahme einer Rückenmarkserschütterung neigen, obwohl augenscheinlich keine derartige Gewalteinwirkung stattgefunden hat.

Fall 7. Ernste Lumbo-sacralverstauchung. Wahrscheinliche Verletzung des plexus sacralis. — L. S., 48 Jahre alt, Mutter mehrerer Kinder, gab die folgende Schilderung von den Verletzungen, welche sie bei einer heftigen nächtlichen Kollision davontrug, bei welcher eine grosse Anzahl von Personen Schaden erlitten. Sie hatte keine deutliche Erinnerung des Ereignisses, doch als sie nach Haus und zu Bett gebracht worden, fanden sich Quetschungszeichen zwischen den Augen, am Hinterhaupte, auf der Brust und am ausgedehntesten über Lumbal- und Sacralgegend. Ausser der Quetschung waren keine Zeichen einer Rückgratsverletzung auffindbar. Sie lag drei Monate zu Bett, wobei sie hauptsächlich an Rückenschmerzen litt, die anfangs so mächtig waren, dass sie im Bett sich nicht rühren konnte. Sie hatte auch, wie sie sagte, einen „tauben Schmerz" im linken Beine. Nach drei Monaten hatte sie sich soweit gebessert, dass sie das Bett verlassen konnte. Zehn Monate nach dem Unfalle waren ihre Hauptklagen über Schmerzen im Rücken und teilweisen Verlust der Mobilität und Sensibilität des linken Beines. Sie benutzte das Bein, soviel sie konnte, trotzdem sie gezwungen war, auf Krücken umherzugehen. Es war ein sehr unbedeutender Muskelschwund des Gliedes bemerkbar, die Bewegungen waren schwerfällig und kraftlos. Es fand sich ferner eine, wenn auch geringe, doch unzweifelhafte Abstumpfung der Sensibilität. Das Bein wird beim Gehen nicht nachgeschleppt, obwohl es eher steif gehalten wird, so dass der Verdacht auf eine Hüftgelenksverletzung auftaucht. Es konnte in der That kein Zweifel bestehen, dass ausser der Parese eine Verletzung der Muskeln und

Ligamente an Hüfte und Becken bestand, welche zu der Steifigkeit führte. Niemals bestand eine Lähmung von Blase oder Darm. Die Besserung machte stetig Fortschritte. Dreizehn Monate nach dem Unfall konnte sie die Krücken entfernen, obwohl die Erinnerung an sie den Gedanken erweckte, dass die Krankheit im verletzten Beine noch vorhanden, doch ein Fortschritt bemerkbar sei. Zwei oder drei Jahre später sandte mir der Chirurg, in dessen Behandlung sie beständig sich befunden hatte, folgenden Bericht: „Der Fall, den Sie vor zwei Jahren sahen, ist vollständig geheilt, die Patientin ist jetzt im stande, so gut wie je zu gehen.“

Begleitende Nerven-verletzungen.

13. Es muss, denke ich, als höchst wahrscheinlich angenommen werden, dass in diesem Falle die Besserung der Mobilität und Sensibilität nach einer Verletzung der Nervenstämme erfolgte, aber unmöglich lässt sich mit Sicherheit sagen, ob jene Verletzung die Nerven ausserhalb der Wirbelsäule nach der Plexusbildung traf, oder dort, wo sie noch selbständige Stränge der cauda equina bilden. Käme die Parese durch traumatische Laesion der Nervenstämme innerhalb des Wirbelkanals zu Stande, so ist es fast unfassbar, wie die Wirkungen auf die Nerven eines Gliedes sich beschränkt haben können, es erscheint deshalb die Annahme plausibler, dass die Verletzung der Nervenstämme aussersalb der Wirbelsäule stattfand. Ausserdem scheint die lange, bis zu des Patienten Genesung erforderliche Zeit diese Anschauung zu stützen, doch bleibt es unentschieden, ob es sich um eine Verletzung der Nerven selbst, oder, was ganz ähnliche Krankheitserscheinungen liefern würde, um einen Bluterguss in ihrer Nähe und Druckwirkung handelte.

Fall 8. Lumbo-sacralverstauchung. — Wahrscheinliche Verletzung der Beckenplexus oder Haemorrhagie in ihrer Nähe. Ein kräftiger, gesunder Mann von neunundzwanzig Jahren wurde bei einer scharfen Kollision auf den Boden des Wagens geschleudert, und wusste, dass er einen heftigen Stoss gegen die rechte regio iliosacralis erhalten hatte. Fast alsbald verspürte er ein Kribbelgefühl über den ganzen Körper. Dieses schwand alsbald, doch blieb er vier Monate bettlägerig, da er an quälenden Schmerzen im untern Teile des Rückens und an Taubheit und Schwere in den Beinen zu leiden hatte. Drei Monate lang war sein Puls ca. 56. Noch acht Monate nach dem Unfalle war er unfähig, seine Arbeit zu verrichten und litt zuweilen an sehr heftigem Schmerz im Rücken und Schwäche der Beine. Die letztere betraf besonders das rechte Bein, und wenn auch jede gewünschte Bewegung ausgeführt werden konnte, geschah es augenscheinlich mit Schwierigkeit. Die Hautsensibilität war gebessert. Es bestand keine Atrophie, die Reflexe waren normal. Sein Gang war entschieden durch die Lendensteifigkeit beeinflusst, aber

ausserdem wurde das rechte Bein mangelhaft innervirt. Noch fünf Jahre nach dem Unfalle, obwohl er sich wohlfühlte und arbeiten konnte, sollte er angeblich Schmerzen über dem os sacrum und der rechten Hüfte haben, die beim Gehen oder langen Stehen sich verschlimmerten. Das rechte Bein sollte nicht so stark sein wie das linke. Diese Angabe liess sich leider nicht durch ärztliche Untersuchung auf ihre Richtigkeit prüfen, es muss daher in suspenso bleiben, ob eine Verletzung die Beckenplexus getroffen hatte, und welcher Art sie war.

Es ist in Fällen wie diese nicht immer leicht, die durch zerstörte oder geschädigte Nervenleitung bedingten Symptome von jenen zu trennen, welche von Muskel-, Ligament- und Knochenläsionen abhängen. Diese letzten können sehr ernster Natur sein und zu bedeutenter Verschlechterung der motorischen Kraft den Anlass geben, indem sie die Pseudolähmung schaffen, auf welche früher Bezug genommen wurde. Nur eine sehr sorgfältige Untersuchung des Gliedes und Prüfung der Begleitsymptome wird zu entscheiden vermögen, ob eine Verletzung von Nervengewebe stattgefunden hat oder nicht.

In der grossen Mehrzahl dieser Fälle entgeht dieses gewöhnlich directer Verletzung; aber fraglos ist diese Form traumatischer Lumbago, bedingt durch die hastige Zerrung aller Ligamente des os ilium, sacrum und der untern Wirbelsäule, höchst schmerzhaft und lähmend, und der Schmerz pflegt weit von der Entstehungsstelle auszustrahlen. Durchaus nicht ungewöhnlich ist es, dass er sich über das untere Abdomen verbreitet, über die Hoden und längs der Beine, aber es ist kein Grund zu der Annahme, dass der in dieser Art ausstrahlende Schmerz, sei es bei einfacher oder traumatischer Lumbago, irgendwelcher gröberen Läsion der Nervengewebe seinen Ursprung verdanke. Bei diagnostischen Zweifeln wird stets das Studium der Gewaltart, speciell, wie sie den Rücken traf, Hülfe gewähren. Meine eignen Untersuchungen und die Erfahrung machen es mir unzweifelhaft, dass jede lokale Läsion von Nervencentren oder Nervenstämmen ihren Ursprung in einer Verletzung der benachbarten Gebilde hat, und dass eine allgemeine Erschütterung unvermögend ist, so schwere Wirkungen zu schaffen. Die bereits angeführten Fälle exemplificiren dies, aber nicht so deutlich, wie der folgende.

Fall 9. Versteckte Myelitis nach unklarer Spinalverletzung. — T. L., neunundzwanzig Jahre alt, ein schlanker, zart gebauter Mann, erlebte eine sehr schlimme Kollision, bei welcher drei Personen getödtet und eine grosse Anzahl verletzt wurden. Er konnte keine klaren Angaben über den Unfall machen, da er betäubt gewesen sein soll, und konnte nicht stehen. Er blieb vierzehn Tage zu Bett, während welcher Zeit er an Schmerzen im

Rücken und in den Beinen litt. Er besserte sich dann ein wenig und war imstande, eine auf dem Lande gelegene Wasserheilanstalt aufzusuchen, in der er zwei Monate verblieb. Seine Rückenschmerzen belästigten ihn andauernd, aber sonst schritt die Besserung fort. Am Ende seines Aufenthaltes verwandelte sich das Schwächegefühl in den Beinen in vollständigen Verlust der Motilität, und eine Woche oder zehn Tage später war er völlig ausserstande zu gehen. Zehn Monate nach dem Unfalle bestand keine Unklarheit über seinen Zustand. Verlust der Motilität, fast vollständiger Verlust der Sensibilität der Beine, Blasen- und Mastdarmlähmung, Spasmen der untern Extremitäten wiesen zweifellos auf einen Prozess im Rückenmarke hin. Der Puls war frequent, die Temperatur übernormal. Er klagte über Schmerzen im untern Teile des Rückenmarkes, aber es bestand keine ausgesprochene Empfindlichkeit. Er quälte sich noch einige Monate und starb.

Leider wurde in diesem Falle die Section nicht erlaubt, denn es wäre in hohem Grade wünschenswert gewesen zu erfahren, welche Verletzung die Wirbelsäule getroffen hatte, und wie es kam, dass das Rückenmark afficirt wurde. Es bleibt deshalb nur eine Reihe von Vermutungen übrig. Es waren zwei Monate vergangen von dem Moment der Verletzung bis zu dem Beginn der Entzündungs- und Erweichungssymptome des Rückenmarkes. Unglücklicherweise ist keine genauere Angabe über seinen Zustand während dieses Zeitraumes zu erlangen. Indessen scheint es die Art der Verletzung nicht unwahrscheinlich zu machen, dass Symptome bestanden, welche eine nur vierzehntägige Bettruhe für unzureichend und die frühen Bewegungsversuche für inopportun halten lassen mussten. Der Unfall hatte sich nämlich, nach Bericht eines Augenzeugen, in folgender Art abgespielt. Der Patient war mit dem Gesicht auf den Boden des Wagens geschleudert worden, und ein „sehr schwerer Mann fiel auf ihn, gerade auf die Mitte des Rückens.“ Es war demgemäss keine zweifelhafte Angabe eines Stosses, einer unsichern Verletzung an einem entfernten Teile, oder eine allgemeine Körpererschütterung, sondern ein klarer Bericht über einen Unfall, bei welchem es, ohne sichtbare Zeichen einer Rückgratsverletzung, zu einer Wirbeltrennung gekommen sein mag, oder zu übermässiger Beugung der Wirbelsäule, welche, zu gleicher Zeit die Rückenmarksmembranen in Mitleidenschaft ziehend oder unbedeutende intraspinale Blutung veranlassend, der wirkliche Ausgangspunkt des überraschenden Leidens wurde.

Ich möchte folgende sehr wahrscheinliche Folge der Ereignisse vermuten: — Eine unbedeutende lokalisirte Verletzung der Membran, oder eine Hämorrhagie hatte eine Meningitis zur Folge, welche

anfangs eine zu begrenzte Ausdehnung hatte, um prägnante Symptome zu schaffen, welche jedoch in ihrem Verlaufe, nachdem sie das Mark umschnürt hatte, Ursache der Myelitis mit tödtlichem Ausgange wurde. Sollte dies die Erklärung sein, so muss die Meningitis anfangs ausserordentlich begrenzt gewesen sein, da traumatische Meningitis gewöhnlich nicht unbeobachtet bleibt. Zuweilen ist sie akut, verbreitet sich rasch, macht bestimmte Symptome und hat einen tötlichen Verlauf. Andre Male führt eine weniger heftige Entzündung zu lokaler Verdickung und Adhäsion an den Spinalwurzeln, dadurch periphere Symptome schaffend; oder ähnliche pathologische Veränderungen ziehen das Rückenmark selbst in Mitleidenschaft und erzeugen darin Degenerationszustände, die charakteristische Bilder einer Gewebserkrankung liefern. Eine akute Myelitis nach so langem Intervall ist höchst ungewöhnlich. Ferner trübt ein weiterer Faktor die klare Erkennung dieses Falles, der Patient hatte nämlich zur Zeit, wo die Symptome der Spinalerweichung bemerkt wurden, Epididymitis. Es ist wahr, dass eine Gonorrhoe geleugnet wurde, und dass die Epididymitis durch die häufige Katheterisirung entstanden sein kann, aber es muss erwähnt werden, dass Myelitis Resultat einer Thrombose von Becken und Blasenvenen sein kann, eine direkte Folge derselben Urethralentzündung, welche die Epididymitis bewirkte. Es bleibt deshalb in der Reihe des Möglichen, dass die Myelitis und ihr tötlicher Ausgang nicht der Verletzung zuzumessen seien.

Ich sah nie einen Fall akuter traumatischer Meningitis einer Eisenbahnverletzung folgen, noch einen solchen, bei welchem ich das Vorhandensein einer subacuten oder chronischen Meningitis annehmen durfte, als Basis der Symptome des allgemeinen Nervenshocks, welcher oftmals nach Eisenbahncollisionen auftritt und in einem späteren Kapitel behandelt werden soll. Ich hörte oft die Diagnose „subacute Meningitis“ bei den lokalisirten Rückenschmerzen, insbesondere, wenn sie mit allgemeiner körperlicher Erschlaffung und gemütlicher Degression vergesellschaftet sind. Der Verlauf der Fälle und das völlige Fehlen all der bei bestehender Meningitis nothwendig vorhandenen Symptome haben mich davon überzeugt, dass kein so ernstes Leiden vorliege. Denn Meningitis spinalis ist ein ernstes organisches Leiden, und man kann kaum es glauben, dass, wenn subacute Meningitis so gewöhnlich wäre, wie einige es annehmen, wir nicht häufiger Meningitiden mit akutem Verlauf oder mit entsprechender Degeneration des Rückenmarkes begegnen sollten.

15. Verletzungen des Cervikalteiles der Wirbelsäule haben aus naheliegenden Gründen — wegen der schwächeren Bedeckung und der grösseren Beweglichkeit — eher locale Meningitis zur Folge, als Verletzungen des unteren Teiles; aber wo auch immer die Läsion Syphilis und Pachymeningitis.

sitzen möge, niemals sollte es vergessen werden, wie oft Syphilis[1]) beteiligt ist, die eine chronische Entzündung der Rückenmarksmembranen aufflackern lässt. Vor nicht langer Zeit waren in einem Falle meiner Beobachtung die Symptome zerstreuter Meningitis auf eine Wirbelsäulenverletzung bezogen worden; doch ist als Thatsache zu erwähnen eine frühere Syphilisinfection, deren Symptome mehr als einmal unter entsprechender Behandlung sich verringert hatten und fast verschwunden waren. Eine sorgsame Untersuchung erwies auch, dass die vermutete Verletzung völlig gleichgültig war. Obgleich nach dem Gesetze das Vorhandensein einer Syphilisinfection den Patienten nicht der Entschädigungsansprüche beraubt, fordert sie notwendiger Weise gebührende Beachtung, wenn man eine einigermassen sichere Prognose stellen will.

Glücklicher Weise ist die Meningitis spinalis als unmittelbarer Folgezustand lokalisirter Verletzung der Wirbelsäule äusserst selten. Diese Bemerkung weist mit besonderem Nachdruck auf die Resultate der Verletzungen hin, welche im ersten Teile dieses Kapitels behandelt wurden; und ich weiss von keinem Falle, in welchem meningeale Entzündung durch Verletzung irgend eines von der Wirbelsäule entfernt liegenden Körperteiles verursacht wurde.

Gefahr späterer Strang-degeneration.

16. Während für die Opfer einer Eisenbahncollision durchaus nicht die Möglichkeit ausgeschlossen ist, von jedweder Art einer Rückenmarkserkrankung befallen zu werden, lässt doch reiche Erfahrung keinen Zweifel, dass derartige ernste Wirkungen sehr ungewöhnlich sind, und dass in neun und neunzig Fällen von hundert die extraspinalen Gewebe die Gewalt des Stosses zu ertragen haben. Das ist die unmittelbare Folge, aber in jeder gerichtsärztlichen Begutachtung muss die Zukunft nicht minder wie die Gegenwart in Erwägung gezogen werden. Wie ist die Prognose? Läuft der Patient Gefahr, dass als spätere Folge der Verletzung die Symptome einer Rückenmarksdegeneration sich hinzugesellen werden? Meine Nachforschungen — sie bestanden in direkter mündlicher oder schriftlicher

---

[1]) S. Arbeit von Dr. Buzzard über „Fälle syphilitischer Paroplegie“, Lancet vol. 1. 1879 pag. 469. Nach detaillirter Schilderung eines durch antiluetische Behandlung geheilten Falles von Paraplegie schreibt er: Bei klaren Syphilisantecedentien können wir wohl annehmen, dass die Meningitis gummatös war, dass sie besonders die Innenfläche der Dura mater betraf, doch auch auf die anderen angrenzenden Membranen sich ausdehnte. . . . Man achte besonders, dass keine Empfindlichkeit bei Perkussion auf die Dornfortsätze bestand. Lassen wir die Fälle bei Seite, in welchen die Wirbelsäule selbst erkrankt ist, werden wir zugeben, dass ein Bestehen sehr ausgeprägter lokaler Empfindlichkeit entschieden auf eine funktionelle Affektion von vergleichsweise geringer Wichtigkeit hinweist, und keine ernste organische Läsion des Rückenmarkes anzeigt.

Mitteilung seitens vieler Professionscollegen aus allen Theilen des Landes — waren entweder besonders erfolglos, oder es muss zugestanden werden, dass spätere secundäre Degeneration, in Fällen, wo kein sicherer Beweis einer Verletzung stattgefunden hatte, sicherlich sehr selten ist. Auch war ich nicht imstande, irgend welche Beweise für die Annahme zu entdecken, dass bei Eisenbahncollisionen Verletzte, deren Zahl sich ja auf viele Tausende beläuft, einen grösseren Prozentsatz zu jenen degenerativen Systemerkrankungen des Rückenmarkes geliefert haben, welche in neuster Zeit so sehr die Aufmerksamkeit der Neurologen und Pathologen erregten, als andere, nicht derartigen Einwirkungen ausgesetzte Personen. Es ist unbedingt wahr, dass in einigen berichteten Fällen der Beginn einer Systemerkrankung keinen beweisenderen Anlass als die Verletzung hatte, und eine derartige Folge hat auch nichts Unwahrscheinliches, aber derartige Fälle sind ganz exceptionell und zu gering an Zahl, um die Betrachtung in einem ihnen allein geweihten Kapitel zu rechtfertigen.

Vergesellschaftete Neurasthenie u. der Einfluss anerkannter Entschädigungsansprüche auf die Wiederherstellung.

17. Es ward so ein Ueberblick über die gewöhnlichen Wirbelsäulenverletzungen bei Eisenbahncollisionen geschaffen, aber nach all dem Gesagten besteht kein Unterschied von den Verletzungen bei anderen Unfallsarten. Fraglos ist jedoch ihre Häufigkeit. Gesetzt den Fall, die Rückgratsverstauchung sei die einzige Verletzung, so besteht keine diagnostische Schwierigkeit, oder sie sollte wenigstens nicht bestehen, andrerseits schafft aber die Natur einer Eisenbahncollision eine reiche Auswahl andersartiger Gesundheitsstörungen, welche die Diagnose sehr erschweren und die Quelle nutzloser Beunruhignng werden können. Hier geben die sogenannten funktionellen, psychischen und hysterischen Störungen dem klinischen Forscher Rätsel zu lösen. Diese sind Folge des Schreckshocks, und gar oftmals auf eine Verletzung der Spinalmembranen oder des Rückenmarkes bezogen worden. Sie können alsbald nach dem Unfall oder nach vielen Stunden zu Tage treten; sie sind durch geschwächte Körper- und Geistesfunktion bedingt und keine aussergewöhnliche Erscheinung bei Personen, die nie eine Körperverletzung erlitten haben. Wie ich nachweisen werde, sind sie der Ausdruck ernster Nervenerschöpfung. Man vergegenwärtige sich ein derartiges Krankheitsbild und füge dazu eine Zerrung der Muskeln und Ligamente der Wirbelsäule, mit dem resultirenden, in seiner Dauer so hartnäckigen Bewegungsschmerz, und die, zuweilen heftige Berührungsempfindlichkeit, und es ist nicht mehr oder weniger als natürlich, — obgleich ein natürliches Versehen —, wenn der ganze Zustand einer Alteration des Rückgrates und Rückenmarkserschütterung zugeschrieben wird.

Die Vibrationen bei einer Collision müssen zweifellos das Rückenmark, ebensowohl wie das Gehirn und jedes andre Körperorgan erschüttern; wenn auch der Patient danach über Schmerz, Empfindlichkeit und Steifigkeit des Rückens klagt, so ist kein genügender Beweis für eine Erklärung der Symptome des allgemeinen Shocks durch degenerative Veränderungen des im Wirbelkanal ruhenden Organes gegeben. Wie beunruhigend auch immer solche Fälle sein können, nach längerer oder kürzerer Zeit führen sie zu völliger Genesung. Einen äusserst wirksamen Faktor zur Erreichung dieses Zieles bildet die günstige Erledigung der Entschädigungsansprüche. Diese Thatsache ist nicht beweisend für einen Betrug, sondern es handelt sich um den Fortfall all jener schädigenden Erregungsmomente, welche auf das labile Gehirn des von Instanz zu Instanz geschleppten Patienten einstürmen. Lassen die nagenden Sorgen nach, so wirkt die wiederkehrende Hoffnungsfreudigheit fördernd auf den Gesundheitszustand ein, und jeder neue Tag fügt ein neues Glied der Kette, welche mit Genesung schliesst. Ich spreche hier nicht von den Fällen, welche nicht völlig rein sind, und wo ein gewichtiger Anlass zur Verdächtigung der bona fides vorlag. Beispiele dieser Art sind nicht selten, in denen die Aussicht auf grösseren Geldgewinn die Versuchung brachte, den Krankheitszustand so lange als möglich bestehen zu lassen, doch selbst der Mangel objectiver Symptome verleitet uns nicht zu dem Irrtume, die Wahrheitsliebe all jener zu bezweifeln, welche wirklich unter den Symptomen eines allgemeinen Nervenshocks leiden. Ein gewaltiger Unterschied besteht zwischen wahr und falsch, und ohne grosse Mühe kann eines von dem andern gesondert werden.

Kapitel II.

Allgemeiner Nervenshock.

Inhalt: — 1. Natur und Anzeichen eines Shocks oder Collapses. — 2. Schreck, eine wichtige Ursache, besonders bei Bahnunfällen. — 3. Verzögerung des Eintritts der Symtome. — 4. Verschiedene Grade des Shocks. — 5. Neurasthenie, verschieden von Hysterie, aber oft mit ihr vereint. — 6. Thorburn's Classification. — 7. Symtome eines verschleppten Nervenshocks: Schlaflosigkeit. — 8. Circulationsstörungen. — 9. Kopfschmerz. — 10. Allgemeine Nervosität. — 11. Schwitzen, Polyurie, Menorrhagie, Diarrhoë. — 12. Defecte im Gesichtsfelde und Grösse der Pupille. — 13. Die Papillae nervi optici. — 14. Sogenannter Gedächtnissverlust. — 15. Menstruationsstörungen und Schwangerschaft. — 16. Das Urogenitalsystem. — 17. Digestions- und Nutritionsstörungen. — 18. Prognose und Ausnahmen von der Regel. — 19. Der Symptomcomplex.

Natur und Anzeichen von Shock od. Collaps.

1. Nachdem ich bisher eine Beschreibung der gewöhnlich nach Eisenbahnencollisionen sich findenden Rückenverletzungen gegeben

habe, muss ich demnächst den weit zahlreicheren und auch wichtigeren Fällen mich zuwenden, auf welche ich bereits unter der Bezeichnung „allgemeiner Nervenshock“ Bezug nahm. Dieser Ausdruck ist eher auf das klinische Gesamtbild des Falles anwendbar, als auf eines seiner Symptome. Es ist eine Phrase, welche, in ihrer mangelhaften Präcision, zur Rubricirung der Klasse von Fällen geeignet erscheint, welche wir nunmehr betrachten werden; denn wir werden sehen, dass der Verlauf, die Geschichte und die allgemeinen Symptome eine funktionelle oder dynamische Gleichgewichtsstörung des Nervensystems anzeigen, statt structureller Veränderungen irgend eines Körperorgans.

Wir sind alle vertraut mit dem Ausdruck „Shock“, als synomym mit dem Collaps, welcher alle schweren Verletzungen, sei es des Kopfes oder eines anderen Körpertheiles, begleitet. Diesen Collaps oder Shock sind wir gewohnt, als den unmittelbaren Ausdruck der verminderten oder vernichteten Funktion der grossen Nervencentren anzusehen, welche dem Gefässsystem vorstehen; sie äussert sich in der unvollkommenen Lähmung des Herzens und der peripheren Gefässbahnen, dadurch die bleiche Hautfarbe und das Kältegefühl bedingend, und in einer auf mangelhafter Blutströmung im Gehirn beruhenden Ohnmacht.

Hier ist nicht der Ort, eine eingehende Erörterung der wahren Shock- oder Kollapsnatur[1]) zu geben. Wie auch die Verletzung gewesen sein mag, ob nach Bahnunfall oder einem gewöhnlichen Unglück des täglichen Lebens, wenn sie nur plötzlich und heftig war, wird der stärkere oder geringere Shock oder Collaps als unveränderlicher Ausdruck des allgemeinen Zustandes des Patienten anerkannt. Der Collaps kann dauernd und tief, oder unbedeutend und vorübergehend sein, aber in jedem Falle ist er unmittelbare Folge der Verletzung, welche, durch ihre Plötzlichkeit und Heftigkeit, zu der Parese des grossen Centralorgans führte. Es bedarf keiner Beschreibung der Geschichte und der Symptome von Shock oder Collaps, da jeder in der Hospitalpraxis damit genügend vertraut wurde. Es giebt wirklich keinen klareren und beweisenderen Zustand, wie die anscheinende Leblosigkeit, welche nur der Ausdruck der gewaltsamen psychischen Erschütterung ist.

Der Ausdruck „Leblosigkeit“ ist ein für den Shockzustand höchsten Grades völlig zutreffender. Es ist eine Verminderung und Schwächung der Lebensenergie jedes Organs und jeder Körperfunktion, von der Geistesthätigkeit bis herab zur unwichtigsten Funktion im

[1]) Mr. Savory's Artikel in Holmes' System ist jedem bekannt, und in Groeningen's „Ueber den Shock“ findet man eine eingehende Beschreibung der Symptome und der herrschenden Theorien.

Lebenshaushalte, und die wahrscheinliche Grundlage des reichhaltigen Symptomcomplexes ist die Parese des Herzens und des ganzen Blutgefässssystems. Der langsame, schwache oder fast geschwundene Pulsschlag, die wachsbleicheu Lippen und kalt anzufühlenden Extremitäten, die darniederliegende Geistesthätigkeit, die Unempfindlichkeit der Körperoberfläche, die Erschlaffung der Sphincteren, die verringerte Urinsecretion, die geschwächte Muskelthätigkeit, alle diese Symptome stehen in innigem Abhängigkeitsverhältnis von dem verschiedenen Grade der Parese des Herzens und Gefässsystems. Sie bilden das erste und unmittelbare Resultat des mächtigen Einflusses dieser Blutumlaufsänderung auf das ganze Nervensystem.

Der Kollaps kann so tief sein, dass er für den Patienten gefahrdrohender wird, als die Körperverletzung, welche er erlitt. Der Ausgang kann furchtbar rasch verhängnisvoll werden, wenngleich nur ausnahmsweise der uncomplicirte Shock mit Tod endet.

Das Herz erlangt unter zweckmässiger Behandlung mit Ruhe und Wärme und nöthigenfalls Stimulantien — Alkohol, Strychnin, Digitalis — seine normale Kraft wieder, und alsbald erwacht auch die Lebensenergie im ganzen Organismus.

Oft hat der Kollaps ein „Reactionsstadium“ zur Folge, in welchem die Temperatur und der Puls eine unbedeutende Steigerung zeigen, bis das gesundheitliche Gleichgewicht hergestellt ist; doch ob ein Reactionsstadium vorhanden ist oder nicht, die Symptome schwinden, und machen uns in der Regel nichts mehr zu schaffen.

Nach dem Schwinden des initialen Kollapses und seiner zufälligen Gefahren sind Patient und Chirurg weit mehr interessirt an dem erfolgreichen Ausgang einer erforderlichen Operation, oder der brauchbaren Wiederherstellung eines Gliedes oder Organes, welches verletzt worden ist. Sind diese Resultate zufriedenstellend, so verlässt der Patient das Hospital, erfreut über die Genesung und vielleicht dankerfüllt, dass die Verletzungen nicht ernsterer Natur waren. Was wurde aus dem Kollaps, der bei der Hospitalsaufnahme einen charakteristischen Zug des Falles bildete? Hat er keine Folgesymptome, oder ist er, wie wir annehmen, völlig geschwunden? Das sind wichtige Fragen; thatsächlich aber wissen wir so wenig von dem ferneren Ergehen der Hospitalspatienten, dass aus dem Studium dieser Fälle uns nur geringe Hülfe erwächst, um den allgemeinen Nervenshock zu erklären, welcher nach Eisenbahncollisionen auftritt, und dessen Spätsymptome vielleicht weit hervorstechender sind, als die unmittelbar der Verletzung folgenden. Unsere Hospitalspatienten erholen sich, wie wir annehmen, und selten oder niemals hören wir wieder von den Symptomen, noch sehen wir die Klasse von Fällen, auf welche ich jetzt die Aufmerksamkeit richten werde.

2. Die Chirurgen stimmen darin ziemlich überein, dass der Kollaps der nach Unglücksfällen, z. B. Quetschung der Gliedmassen, ins Hospital gebrachten Patienten besonders tief nach den Verletzungen ist, welche Bahnbedienste in ihrer Thätigkeit erleiden, und die oft operatives Eingreifen erfordern. Man vergleiche zwei Fälle derselben Verletzung, die eine sei durch Bahnunfall bedingt, die andere durch Niederstossen und Ueberrennen auf der Strasse, höchst wahrscheinlich werden die Shockerscheinungen im ersteren Falle ausgeprägter sein, als im letzteren. Der Unterschied besteht, wie ich glaube, darin, dass in dem ersten Falle eine stärkere psychische Erregung statthatte, als bei der weniger furchtbaren, zweiten Verletzungsart. Wie mächtig der Schreck auf die Shockerzeugung wirken kann, lehrt ausgezeichnet ein mir mitgeteilter Fall eines Chirurgen von grosser Erfahrung, in dessen Hospital eines Tages ein Bahnbeamter eingeliefert wurde, dessen Fuss, wie man annahm, vom Zuge überfahren sein sollte. Der Patient war im Kollaps und in grösster Unruhe über die Verletzung seines Gliedes. Bei der Untersuchung wurde die überraschende Entdeckung gemacht, dass die einzige Verletzung in einer Lostrennung des rechten Schuhabsatzes bestand, welche das Rad einer vorübersausenden Maschine fertig gebracht hatte.

Schreck eine wichtige Ursache, besonders bei Bahnunfällen.

Die medizinische Literatur birgt eine grosse Anzahl von Fällen, wo die schwersten Funktionsstörungen, selbst der Tod, durch Schreck, und zwar durch Schreck allein, zustande gekommen waren.

Das ist das Element der Furcht, dieser schwer wiegende psychische Faktor, welcher bei Eisenbahncollisionen eine so grosse Rolle spielt, indem er unmittelbaren Kollaps verursacht und zu jenen Spätsymptomen Anlass giebt, welche fast ebenso ernst und sicherlich weit beunruhigender sind, als jene gleich nach dem Unfalle auftretenden. Der Grund hierfür liegt nicht fern. Die Ereignisse bei fast jeder Eisenbahncollision sind völlig ausreichend, — selbst wenn keine Körperverletzung stattfand, — eine sehr heftige Gemütsbewegung zu Wege zu bringen.

Das plötzliche Eintreten des Ereignisses, die äussere Hülflosigkeit des Reisenden, das ohrbetäubende Krachen, die trostlose Verwirrung, das Jammern der Verletzten, all diese traurigen Erscheinungen, ganz besonders, wenn der Unfall in finsterer Nacht stattfindet, sind sicherlich vollauf geeignet, einen tiefgehenden Eindruck auf das Nervensystem zu machen, und wenn sie auch augenblicklich keinen Shock oder Kollaps erzeugen, in nicht entfernter Zeit eine Reihe nervöser Störungen auftreten zu lassen. „Der Hauptcharakterzug bei Eisenbahnverletzungen“, sagt Mr. Fourneaux Jordan, ist die Kombination der psychischen und physischen Elemente in Hervor-

bringung des Shocks, derart, dass das erstere, das psychische Element, immer am intensivsten wirkt. Die Ereignisse eines Eisenbahnunfalles schaffen ein Ensemble der entsetzlichsten Verhältnisse. Der Anblick des gewaltigen Zerstörungswerkes, die drohende Gefahr für zahlreiche menschliche Wesen, die Aussichtslosigkeit ihr zu entrinnen, giebt zu Gemütsalterationen Anlass, welche an sich ausreichen zur Erzeugung des Shocks, selbst zum Lebensstillstand. . . . . All das kann der mächtige Eindruck auf das Nervensystem zustande bringen, und zwar ganz ohne Rücksicht auf den Grad der körperlichen Verletzung.

3. In diesem rein psychischen Vorgange liegt, wie ich glaube, die Erklärung der bedeutungsvollen Thatsache, dass nach Eisenbahncollisionen bei Personen, die keine Körperverletzung davontrugen oder im Momente des Unfalls nur unbedeutende Collapserscheinungen boten, so gewöhnlich, und zuweilen so ernst, eine allgemeine Shockwirkung sich zu zeigen pflegt. Der Collaps nach starker Körperverletzung tritt mit ihr zugleich auf oder folgt ihr unmittelbar, doch wenn der Shock durch psychische Affectwirkung veranlasst ward, kann sein Erscheinen sich verzögern. Während zuerst die Erregung über die Schreckensscene überwiegt, führt die Verzögerung selbst dem Shock neue Kraft zu, da die Beunruhigung andauert, für Tage wiederkehrt, und für Momente des Patienten Geist unheilvoll beherrscht.

Verzögerung des Eintritts der Symptome.

Deshalb muss eine tiefgehende psychische Affection die richtige Wertschätzung als Ursache des häufigen Shocks nach Eisenbahncollisionen erfahren. Diesem Momente ist nicht immer genügend Rechnung getragen worden. Viele diagnostische Irrtümer kamen dadurch zustande, weil Schreck nicht als genügender Anlass galt, um die beschriebene Symptomreihe zu erzeugen. Die Einen erklären den Zustand durch eine ernste und unheilbare Alteration der Hauptcentren; die anderen halten die Symptome, wenn keine klare Auskunft über ausgesprochenen Shock oder Collaps gemacht wird, für simulirt, sie bezweifeln die bona fides des Patienten. Das sind extreme Anschauungen, und ich weiss kaum, welche schlimmer für den Patienten ist, der wirklich leidend, krank ist, dessen ganzes Nervensystem unter der Shockwirkung gelitten hat, nicht infolge ernster Körperverletzung, welche nicht misszuverstehende Erscheinungen schafft, sondern infolge eines impalpablen Schreckelementes, welches gemessen werden muss nach der Gewalt des Unglücksfalles und nach dem Temperament des Individuums, welches betroffen ward.

Verschiedene Grade des Shocks.

4. Die Zeichen eines Collapses sind sehr variabel. Die schwersten Grade sieht man gelegentlich nach den grässlichen Unfällen, bei denen der Tod reiche Ernte gehalten hatte. Unter diesen Umständen ist es nicht verwunderlich, wenn man Collapszuständen beunruhigendster Natur begegnet, als Begleiterscheinung derartiger

Gewebszertrümmerungen, wie sie unter jeden anderen Verhältnissen ebenfalls Collaps bedingen würden. Indes hat dieser, wenn er ernste Körperverletzungen, wie Gliederzermalmung oder Knochenbruch begleitet, — ich nehme stets den Collaps nach ernster Gehirnerschütterung aus, — selten die Reihe von Spätsymptomen zur Folge, welche den allgemeinen Shock ankünden. Das ist eine Thatsache von hohem Interesse und grosser Wichtigkeit, welche geeignet erscheint, auf jene Symptome allgemeinen Nervenshocks Licht zu werfen, welche oft nach geringfügigen Graden initialen Collapses gesehen werden.

Zahlreicher als die Fälle sofortigen tiefen Collapses sind jene, wo Leben und Gliedmassen der Passagiere nur wenig bedroht waren, und wo die ersten Zeichen des Shocks fast unbedeutend zu nennen waren. „Ich wurde in dem Wagen hin- und hergeworfen; ich fühlte mich erschüttert, glaubte mich jedoch nicht arg verletzt; ich verliess den Wagen, konnte den anderen Passagieren helfen, und kam mit dem nächsten Zuge heim.“ — So lautet vielleicht die einfache Erzählung eines Menschen, der sich innerhalb weniger Stunden, es kann sein, nach zwei oder drei Tagen, veranlasst sieht, wegen Erkrankung das Bett aufzusuchen. Sie forschen nach den unmittelbaren Wirkungen des Unfalles, und erfahren vielleicht, dass er geschüttelt worden, einen Brandy zu sich nehmen musste, dass er sich wenige Augenblicke elend und schwach fühlte, oder gar erbrochen hatte. Indessen hätte er darauf nicht geachtet, sondern den Anderen Hülfe geleistet. Wenige Stunden sind vergangen, er findet keinen Schlaf, verspürt Schmerzen in verschiedenen Teilen des Körpers, besonders im Rücken, fühlt sich völlig zerschlagen, ist durstig, fiebernd, krank. In hohem Masse beunruhigt, weil er dem Unheil entronnen zu sein glaubte, sendete er nach dem Arzte, der die Symptome nervöser Störung constatirte. Die hervorstechenden Symptome künden sich jedoch nicht immer so bald an. In dem Bewusstsein, keine Körperverletzung erlitten zu haben, setzt der Mann seine Arbeit fort, und Tage vergehen, bevor ihm klar wird, dass er nicht im Besitze seiner Vollkraft sei, dass er bald ermüde, oft ausruhen müsse. Es wird ihm zu sich steigernder Qual, Briefe zu schreiben oder mit Leuten über Geschäftsangelegenheiten zu sprechen; er verspürt eine Schwere im Hinterkopfe und der Appetit schwindet. Nichtsdestoweniger kämpft er gegen diese Erscheinungen an, doch täglich wird seine Thatkraft schwächer, bis er am Ende notgedrungen die Thätigkeit aufgiebt.

Mit einzelnen Modificationen wird diese Erzählung oft vernommen. Die Anfangserscheinungen des Shocks waren unbedeutend, und wurden für nichts anderes denn ein Schwächegefühl und momen-

tane Verwirrtheit gehalten, aber diese augenblicklichen, frühzeitigen Wirkungen können der Ausgangspunkt für jene nervöse Störung werden, welche in verschlimmerter Gestalt eine lange Zeit andauern kann. Später werde ich zu erklären versuchen, wie es komme, dass die Spätsymptome eines geringfügigen Shocks nach Eisenbahnunfall oft dauernder und ernster sind, als die spätern nervösen Symptome jener Zustände, in denen der anfängliche Collaps, bei ausgedehnter Körperverletzung weit schwerer war.

Endlich, am andern Ende der Reihe, kommen die Fälle, wo augenscheinlich keinerlei Verletzung oder Collaps besteht, keine Schwäche, Uebelkeit oder Brechneigung, keine Frühreaction nach anfänglichem Depressionszustand, in denen jedoch der spätere Verlauf die Simulation erweist. Diese Fälle werde ich beiläufig einer Betrachtung unterziehen.

Lassen Sie mich die verschiedenen Symptome illustriren, mit denen wir zu thun haben.

Fall 10. Ernster allgemeiner Nervenshock. — Verzögerte Symptome. — Körperliche Verletzung unbedeutend. — S. U., 46 Jahre alt, ein grossgewachsener, etwas kräftiger Mann, erlebte eine sehr ernste, unheilvolle Kollision. Er erlitt Quetschungen an beiden Armen und Beinen, auch einen Stoss gegen das Gesicht. welcher eine Hautabschürfung zur Folge hatte, und einen Bruch seines Nasenbeins. Er war nicht betäubt. Er lag nach dem Unfalle während mehrerer Tage in einem Zustand grosser nervöser Depression, mit schwachem, frequentem Puls, und unfähig zu essen oder zu schlafen. Zur selben Zeit traf ihn eine Gemütserschütterung infolge der Nachricht, dass ein Freund, der in dem Wagen neben ihm gesessen hatte, getötet worden war, und dieser Gedanke schien seinen Geist beständig zu beunruhigen. Die körperlichen Verletzungen führten schnell zur Heilung, und siebzehn Tage nach dem Unfalle konnte er nach Hause geschafft werden. Neun Wochen nach dem Unfalle war er von den Verletzungen völlig genesen. Die Untersuchung um diese Zeit fand keine Gewebserkrankung, doch befand er sich augenscheinlich in einem Zustande äusserster Schwäche. Die gewöhnlichen Körperfunktionen waren normal, aber sein Gemütszustand zeigte eine gesteigerte Erregbarkeit. „Er ist leicht erregt, weinerlich. Er giebt an, weinen zu müssen, wenn er mit irgend jemandem spräche, doch könne er es jetzt besser unterdrücken. Er war wenige Fuss aus der Thür, als ihn die plötzliche Empfindung am Weitergehen hinderte, dass sein Atem sehr kurz wäre. Seine Stimme ist schwach, gelegentlich fast unhörbar. Keine Erkrankung des Larynx und der anschliessenden Teile. Er schläft sehr schlecht, schreckliche Träume erwecken ihn oft. Der Puls ist weich, 104.

Er beschäftigt sich mit etwas Lesen, geht gelegentlich aus, ist jedoch arbeitsunfähig. In mancher Hinsicht hat sein Zustand sich gebessert. Das verlorene Gewicht ist wiedergekehrt. Er kann nun weiter gehen, ist nicht mehr so weinerlich, und seine Stimme ist kräftiger." Er verharrte in demselben Zustand während mehrerer Monate, wenngleich mit unzweifelhafter Besserungstendenz. Fünfzehn Monate nach dem Unfalle, d. h. mehrere Monate nach Erledigung seiner Entschädigungsansprüche, erfuhr ich, dass er sich besser befinde, doch noch weit von einer Genesung entfernt, und zur Arbeit unfähig sei. Sein ärztlicher Beobachter gab mir vier Jahre nach dem Unfalle folgenden Bericht: „Nach meiner Ansicht wird er nimmer derselbe werden, wie zuvor. Seine Erscheinung ist völlig verändert. Er sieht weit älter, verstört aus und wird recht kahl. Seine Stimme ist schwach, zuweilen fast tonlos. Letzthin hat er zwei Posten erhalten, welche eine leichte Arbeitsleistung von ihm verlangen. Die folgenden Symptome schrieb ich nach seinen Angaben nieder, und ich bin sicher, dass ihm jede Absicht zu übertreiben fernliegt. Geistige Depression, zuweilen Herzklopfen, Verlust des Schlafs, hässliche Träume, leichte Ermüdbarkeit mit Stimmverlust, Verlust aller Energie. Zuweilen heftiges Angstgefühl vor drohendem Unheil. Er kann nicht ohne nervöse Erregung mit der Eisenbahn fahren, auch sonst beschleicht ihn beim Fahren alsbald ein Angstgefühl. Puls 72. Keine besondern Spinalsymptome; keine Lähmung; keine Blasensymptome; wird immer sehr erregt, wenn er in Gesellschaft speist oder viele Leute in seiner Nähe sich unterhalten. Jch kannte ihn gut vor dem Unfalle, er war ein sehr thatkräftiger, ehrbarer Mann."

Drei Jahre später, namentlich seit er regelmässig zu arbeiten begann, machte die Besserung Fortschritte.

Es muss aus dieser Krankengeschichte klar hervorgehen, dass des Patienten andauerndes Leiden nur in geringerm Masse der erlittenen Körperverletzung beizumessen ist. Davon hatte er sich ja ebenso schnell erholt, als wäre sie ihm bei anderm Anlasse zugefügt worden. Die Ursache seiner Krankheit, seines veränderten Zustandes war der psychische Shock, nennen Sie es Furcht oder sonstwie. Die Annahme, dass in solchem Falle eine grobe pathologische Veränderung vorliege, wie sie auf dem Sectionstisch erblickt wird, hat keine Berechtigung, sicherlich besteht keine Meningo-myelitis des Gehirns oder Rückenmarks.

Der Wahrheitsbeweis für die alleinige, unmittelbare Schreckwirkung ist natürlich oft nicht zu erbringen. In dem folgenden Falle indessen wurde dieser Thatsache in dem officiellen Berichte über den Unfall Erwähnung gethan.

Fall 11. Heftiger Shock. — Starker Schreck. — B. Z., 44 Jahre alt, ein robuster Herr, befand sich in einem Wagen, welcher, kurz nachdem der Zug eine Station verlassen hatte, entgleiste, eine kurze Strecke neben den Schienen fortgeschleift wurde und dann auf die Seite fiel. Er giebt an, weit mehr durch das vorausgehende Stossen des mitgeschleiften Wagens erschüttert worden zu sein, als durch sein Umschlagen; als er herausgekommen war, war er äusserst erschreckt und zitterte stark. Am folgenden Tage reiste er allein heim, doch zeigte er sich derart verwirrt, dass sofort nach dem Arzt gesandt wurde. Zehn Tage später litt er an Muskelschmerzen in verschiedenen Körperteilen, welche wohl durch Zerrung in Folge der angestrengten Bewegungsversuche, sich in dem hin- und herschleudernden Wagen im Gleichgewicht zu erhalten, bedingt waren. „Er kann kaum Schlaf finden, da audauernd ihn die Furcht vor dem Bahnunfall gefangen hält. Er liegt mit geschlossenen Augen, weil er vor Licht zurückscheut. Er fühlt sich geistig matt, der Gedanke an sein Geschäft verursacht ihm Kopfweh. Er ist sehr beunruhigt über seine Schmerzen, fürchtet jede Bewegung und glaubt, eine innere Verletzung davongetragen zu haben. Temperatur 99 F., Puls 102“. Trotz seiner Angstzustände war er fähig, ohne Zeichen eines Leidens im Bette aufrecht zu sitzen, und im Gespräche den Kopf frei von einer Seite zur anderen zu bewegen. Nach und nach begann er, die Augen zu öffnen. Augenscheinlich hatte er keine andere Körperverletzung, als eine Muskelzerrung erlitten, und sein Zustand wurde von allen Beobachtern als Folge allgemeinen Nervenshocks erklärt, welcher wahrscheinlich schwinden werde. Als ich den Patienten nach zwei Monaten wiedersah, hatte er einen etwas bekümmerten, ängstlichen Gesichtsausdruck, gab aber an, sich wohler zu fühlen, da seine „Nervosität“ nicht mehr so stark sei. „Er klagt noch über leichte Erregbarkeit und Schreckhaftigkeit, jede, auch die geringste Aufregung verursache ihm Kopfweh. Die Muskelschmerzen haben sich gebessert, doch quält ihn noch eine Schmerzempfindung in den Muskeln der linken Nackenseite. Er schläft besser, doch wacht er nachts gelegentlich auf. Er könnte zwei, drei englische Meilen gehen, würde aber sehr ermüdet sein. Sein Puls ist 100.“ Er hatte sich augenscheinlich gebessert, und es bestand die Aussicht, dass bei weiterem Fortschritt er die Arbeit würde wieder aufnehmen können. Nach mehreren Wochen sah ich ihn jedoch in ganz anderem Zustande. Er war sehr nervös, düster, deprimirt, fühlte sich zu jeder Arbeit unfähig, und ward von dem Gedanken gepeinigt, nimmer zu genesen. Er hatte versucht, zwei bis drei Stunden täglich seinem Geschäfte vorzustehen, doch war ihm das schädlich. Ausserdem war er ängstlich besorgt, seine Entschädigungsansprüche festzustellen.

Körperlich befand er sich wohl. Achtzehn Monate, nachdem seine Ansprüche erfüllt worden waren, hatte ich die günstige Gelegenheit, ihn wiederzusehen. Er war vollkommen gesund, ging, wie gewöhnlich, seiner Beschäftigung nach, und ertrug körperliche Anstrengung ohne abnorme Ermüdung, wie vor dem Unfall. Nach Angabe der Frau war er reizbarer als früher. Er hatte selber nun das Vertrauen, in Kurzem völlig gesund zu werden.

Fall 12. Unbedeutender Shock. — Ein Fall weniger ernster Natur ist folgender: M. F., 44 Jahre alt, ein Mann von, um seinen eigenen Ausdruck zu gebrauchen, „erregbarem Temperament", hatte die Kollision kommen sehen, da er das Warnungszeichen der Lokomotive vernommen hatte. Er war so imstande gewesen, sich für den Moment des Zusammenstosses vorzubereiten. Er wusste, dass er einen Stoss gegen den Nacken empfing, hielt sich jedoch nicht für verletzt, er war auch sofort imstande, den anderen Passagieren Hülfe zu leisten. Er ging eine Meile nach der anderen Station, einen Zug zu besorgen, und vollendete an dem Tage das Geschäft, dessentwegen er die Reise unternommen hatte. Am folgenden Tage fühlte er sich „seltsam" und liess den Arzt kommen. Dieser fand ihn in erregter Gemüthsstimmung, unfähig, sich zu beschäftigen, und klagend, dass er sich erschüttert fühle. Puls und Temperatur waren normal. Darauf stellten sich Schlaflosigkeit und Schmerzen an verschiedenen Teilen der Wirbelsäule ein, so dass an eine Verstauchung oder Quetschung gedacht wurde. Eine Störung organischer Funktionen war niemals nachweisbar, doch litt er einige Monate an Schlaflosigkeit, geistiger Depression, Unfähigkeit zur Arbeit und einem constanten Müdigkeitsgefühl. Nach einer Luftveränderung kehrte er gebessert zurück. Da er klagte, dass der Mangel an Thätigkeit ihm schädlich sei, versuchte er, das Geschäft wieder zu übernehmen, musste jedoch alsbald erkennen, dass er dadurch seinen Zustand verschlimmerte, nervöser und schlafloser wurde. Eine zweite Luftveränderung erwies sich nützlich, und nach neun Monaten ordnete er seine Entschädigungsansprüche. Nach zwölf Monaten war er wieder in Thätigkeit, „vollkommen genesen". Er führte das Geschäft noch einige Jahre fort und zog sich dann zurück.

Fall 13. Neurasthenie durch Schreck. — Vorausgehende Anämie. Eine Dame von 24 Jahren erlebte eine Collision, welche zur Nachtzeit ohne das geringste Warnungszeichen sich ereignete. Ihr Gatte wurde gegen sie geschleudert, sie selber aber weder von ihrem Sitze bewegt, noch irgendwie verletzt. Als sie heraus war, war sie sehr erschreckt, einen Wagen in Stücke zerschmettert zu sehen und musste mit anschauen, wie ein Mann aus den Trümmern, die ihn verschüttet hatten, hervorgeholt wurde. Sie setzte die Reise fort,

und am nächsten Tage, um ihre eignen Worte zu gebrauchen, fühlte sie, dass sie etwas Schrecklichem entgangen sei. Von jenem Augenblicke an begann sie schlaflos zu werden, verlor den Appetit, litt an Schmerzen im Hinterkopf und einigen Punkten der Wirbelsäule, wurde erregt bei jeder Thätigkeit im Haushalte, wie durch Lesen und Schreiben. In der Annahme, dass ihr Gesundheitszustand keine Schädigung erfahren habe, bestürmten sie ihre Freundinnen, den Empfindungen nicht Raum zu geben, sondern sich soviel als möglich zu beschäftigen, aber sie wurde immer schlimmer anstatt besser, und obgleich sie nicht im geringsten hysterisch war, begann erst unter geeigneter Behandlung die Besserung. Der Fall war complicirt durch vorhergehende Dysmenorrhoe und Anämie, welche der Unfall gesteigert hatte.

Verschiedenheit von Neurasthenie und Hysterie, doch oft Combination beider.

5. Diese Beispiele liefern ein treffendes Bild von dem Entstehen und der Reichhaltigkeit der Symptome, welche der nervöse Shock gewöhnlich bietet. In keinem von ihnen war, wie ich denke, die Anschuldigung wissentlicher Uebertreibung oder Betrügerei berechtigt, häufig muss es jedoch die grössten Schwierigkeiten machen, wenn jede Spur eines objectiven Symptoms fehlt, festzustellen, inwieweit die Realität vieler Symptome auf Rechnung der Wahrheitsliebe des Patienten zu setzen ist. Deshalb sind diese Fälle so schwer zu beschreiben, und es ist beinahe unmöglich, jenen, die niemals derartige Fälle sahen, davon ein klares Bild zu geben. Ich beabsichtige daher, einzelne der variablen Symptome des „allgemeinen Nervenshocks“ in ihrer häufigsten Erscheinungsart zu erörtern. Ich darf es wohl betonen, dass ich scharf unterscheide zwischen diesem Zustand und ursprünglicher Hysterie. Der allgemeine Nervenshock ist nicht Hysterie. Man begegnet ihm oft ohne jede hysterische Störung, ebenso der Hysterie ohne Zeichen allgemeinen Shocks.

Thorburns Einteilung.

6. Thorburn giebt folgendes Schema[1]) der post trauma sich findenden funktionellen Neurosen:

1. Acute Erkrankungen.
   a) Allgemeiner nervöser Depression-Shock oder Collaps.
   b) Eine mehr localisirte, begrenzte Störung cerebralen Ursprungs — acute Hysterie.
2. Chronische Nachkrankheiten.
   a) Allgemeine nervöse Depression — Neurasthenie.
   b) Eine mehr localisirte Störung cerebralen Ursprungs — chronische Hysterie.

Trotzdem ist es nach meiner Erfahrung durchaus nicht ungewöhnlich, dass die beiden Zustände — Hysterie und Neurasthenie

[1]) Beiträge zur Chirurgie des Rückenmarks p. 186. Griffin et Co. 1889.

— sich vergesellschaftet finden. Beide entspringen wohl der gleichen Ursache, doch können ihre Symptome gewöhnlich scharf von einander gesondert werden. Der neurasthenische Zustand ist besonders geeignet, rein hysterische Erscheinungen kräftig aufflackern zu lassen, anderseits ereignet es sich oftmals, dass die Hysterie die schwindende nervöse Erschöpfung nicht zur Ruhe kommen lässt. Heilung des einen Zustandes ist daher oft gleichbedeutend mit Entfernung des andern.

Thorburn schreibt: „Die Symptome der Neurasthenie entstehen durch mangelhafte Ernährung des Nervensystems. . . . . Die Symptome folgen jenen des Shock und sind der Ausdruck eines erschöpften Nervensystems. Gewöhnlich sind sie vorübergehend und werden einer Behandlungsmethode weichen, welche kurzweg eine „tonisirende" genannt werden kann [1]). Neurasthenie, — um diese Bezeichnung für den Symptomkomplex zu gebrauchen, — ist meiner eignen Erfahrung nach weit häufiger wie Hysterie. Sie ist durch einige oder all die Symptome charakterisirt, welche ich jetzt beschreiben werde und die ich an hunderten von Fällen sorgfältig studiren konnte.

Symptome verschleppten Nervenshocks. Schlaflosigkeit.

7. Schlaflosigkeit. Der physiologische Wert des Schlafes ist unbestritten, mögen wir ihn nun als Gelegenheit zu völliger Ruhe betrachten, oder als Zeichen, dass keine geistige oder körperliche Störung vorliegt. Unfähigkeit zu schlafen, wachen während der ganzen Nacht oder eines Theiles derselben, ist ein beachtenswertes Symptom für Beurteilung einer Verletzung oder eines Shocks, der das Nervensystem traf. Irgend etwas muss den regelmässigen Lebensprozess gestört, das gesundheitliche Gleichgewicht geschädigt haben. Die andauernde Schlaflosigkeit kann für den Patienten zu einer Quelle grösstmöglichster Qual werden. Er geht ermattet, müde umher und sehnt sich danach, in Schlaf zu versinken, doch kaum ruht das Haupt auf dem Pfühl, so wird er von einer unnatürlichen, machtvollen Erregung befallen, welche thatsächlich ihn hindert, die Augen zu schliessen. Oder er fällt in Schlaf, erwacht bald wieder und verbringt so eine jammervolle Nacht, vom leichtesten Geräusche erregt, Nacht für Nacht derselbe Zustand, und er erzählt, er würde genesen, sobald er nur schlafen könnte. Was er spricht, ist wahr, denn nicht allein hat ein Mann, der nach einem Eisenbahnunfall ruhig schläft, keinen ernsten Shock erlitten, sondern die Wiederkehr des Schlafes, der lange Zeit gestört war, ist auch der sicherste Beweis, dass das Nervensystem die vorherige Kraft wiedergewann. Es darf nicht vergessen werden, dass Schlaflosigkeit auch von anderen

---

[1]) Op. cit. p. 185.

Ursachen abhängen kann als dem Shock, und dass sie eine hervorstechende Klage in jenen Fällen bildet, in denen die Wiederkehr der Gesundheit durch Umstände verzögert wird, von denen ich an anderer Stelle sprechen werde. Der diagnostische Wert dieses Symptoms als Zeichen allgemeinen Nervenshocks verringert sich demgemäss ein wenig, wenn es nicht kurz nach dem Bahnunfall auftritt, ausserdem ist es oft schwer zu erkennen, ob eine unzweifelhafte Schlaflosigkeit besteht.

Circulationsstörungen.

8. Circulationsstörungen. Störungen der Circulation, sei es des Herzens selbst, sei es mehr peripherer Teile des Gefässsystems, spielen eine nicht unwichtige Rolle bei der nervösen Alteration und der Schlaflosigkeit. Man begegnet ihnen sehr gewöhnlich in Fällen allgemeinen Shocks. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Shock mit einer Herzparese beginnt, mit Schwäche und Langsamkeit des Herzschlages. Es ist deshalb eine natürliche Folge, dass in den ernsteren Fällen, insbesondere wenn fortgesetzt psychische Affecte die Nervenstörung dauernd zu machen bestrebt sind, Circulationsstörungen häufig und lange andauernd sind. Der Patient klagt über Herzklopfen, welches nach ganz geringfügigen Anlässen auftrete. Die Herzinnervation kann derart gestört sein, dass eine starke Pulsbeschleunigung auftritt, zwischen 100 und 150 variirend; weit gewöhnlicher ist das gelegentlich nach irgendwelchen Erregungen auftretende Herzklopfen. Es ist von Wichtigkeit, das bei Untersuchung von Patienten zu beachten, denn wenn Sie nur im Beginne den Puls zählen und eine zweite spätere Nachprüfung unterlassen, so können Sie zu der Annahme verleitet werden, dass die Herzstörung ernster ist als in Wirklichkeit, oder Sie übersehen sie. Ein gleichmässiger kräftiger Puls während der ganzen Untersuchung ist von hohem Werte, seine Erregbarkeitsänderungen bilden fast einen Massstab für die Grösse der Gesundheitsstörung. Der Puls ist oftmals das einzige Zeichen für richtige Beurteilung des Krankheitszustandes. Wertvoll ist es jedoch zu erfahren, ob vorher Circulationsänderungen bestanden hatten, ob irgendwelche constitutionelle Leiden vorliegen, beispielsweise Gicht, welche zu der funktionellen Herzstörung Anlass geben.

Während die Pulsuntersuchung uns die Beurteilung gröberer Cirkulationsstörungen ermöglicht, giebt es doch auch andere, durchaus nicht ungewöhnliche vasomotorische Symptome. Das ganze Gefässsystem kann alterirt sein. Wenn Ihnen der Patient über abwechselnde Hitze- und Kälteempfindungen klagt, über Blutandrang zum Kopfe, oder wenn Sie seine Hände und Füsse zu einer Zeit unnatürlich warm, zu anderer unnatürlich kalt finden, so sind augenscheinlich Störungen im peripheren Gefässsystem vorhanden, welche nicht notwendig der-

selben Kontrollstation unterliegen brauchen, wie das Herz selbst. Das vasomotorische System hat seinen Tonus verloren, der Verlust äussert sich in den eben genannten Symptomen, wie in dem gelegentlichen Bestehen einer wohl ausgeprägten tache cérébrale. Diese Störungen sind, wie mir scheint, an der Entstehung der abnormen Sensationen beteiligt, über die oft geklagt wird und deren Unerklärlichkeit geeignet ist, Zweifel an der bona fides des Patienten auftauchen zu lassen, der sie verspürt und sie nur schildern kann, wie sie ihm erscheinen. Mit Rückkehr der Gesundheit schwinden diese mannigfaltigen Symptome.

Kopfschmerz.

9. Kopfschmerz. Innig verknüpft mit diesen Symptomen ist die Klage über Kopfweh, welches selten bis zu wirklichem Schmerz sich steigert, wenn nicht wirklich eine Gehirnerschütterung stattgefunden hatte. „Schmerz" ist ein so relativer Begriff, ist individuell so verschieden, dass es schwierig ist, ihn nach seinem wahren Werte zu beurteilen. Gewöhnlicher als wirklicher Schmerz oder die Empfindung, auf welche das Wort angewandt werden würde, ist ein Gefühl von Schwere im Kopfe oder Kopfdruck. Dieses kann in irgend einem Teile des Kopfes sich lokalisiren, meist sitzt es im Hinterhaupte, über der ganzen Occipitalgegend. Occipitaldruck oder Schmerz ist wirklich das neurasthenische Kopfweh per excellence. Es kann fortwährend bestehen oder nur bei geistiger Anstrengung — bei Lesen, Sprechen, Gemütserregung oder Mangel an Ruhe. Alkoholgenuss steigert es fast stets.

Diese Sensationen sind zweifellos von den geschilderten Störungen und Unregelmässigkeiten der Cirkulation abhängig.

Die erregenden Ursachen der Palpitation, der abwechselnden Hitze- und Kälteempfindung, können zugleich indirekter Anlass zu dem Gefühl von Schwere im Kopfe werden. Davon rühren auch die Schwindelempfindungen her, wenn der Patient sich aus der Ruhelage erhebt, eine Abnormität, wie man sie auch bei den ersten Gehversuchen nach ernster, schwächender Krankheit beobachtet. Diese verschiedenen abnormen Sensationen stehen in engem Connexe mit der so gewöhnlichen Schlaflosigkeit, welche mangelnde Geistesenergie zur Folge hat, so lange das Gehirn seiner natürlichen Ruhe entbehrt. Sehr frühzeitige geistige Beschäftigung macht den Geist müde und äussert sich durch Schmerz oder Kopfdruck und durch ein undefinirbares Gefühl von Unruhe.

Nervösität.

10. Nervosität. Unter dieser Bezeichnung muss eine Reihe von Beschwerden und Symptomen zusammengefasst werden, welche ganz unbestimmt im Charakter sind und oft keine substantiellere Basis haben, als die Angaben des Patienten, doch sind sie derart, dass sie, nach meinem Dafürhalten, die Verbindung zwischen allge-

meiner nervöser Depression und wirklicher Hysterie herstellen. In dieser, einer gemeinsamen Ursache entspringenden, Krankheitsreihe steht das Eine in engster Abhängigkeit von dem Andern, möglicherweise entspringen sie auch einer gemeinsamen Alteration des Nervensystems. Klagen über leichte Erregbarkeit, deprimirte, melancholische Gemütsstimmung, Zittern bei Aufregung, Hang zur Einsamkeit, Meiden jedes Geräusches, Hoffnungslosigkeit hinsichtlich der Zukunft und der Genesungsmöglichkeit, Gemütserregung im Verkehr mit andern, Globus hystericus, — diese Klagen werden oft vernommen, und ihre Natur ist hinreichend klar; ausser ihnen können noch in dieselbe Kategorie gebracht werden das Seufzen und Beben, Aufschreien bei Nacht, die Reizbarkeit, das Stottern und Stammeln, die Schwäche der Stimme und zahllose andere Symptome.

Schwitzen, Polyurie, Menorrhagie, Diarrhoe.

11. Secretionsstörungen nehmen keinen unwichtigen Platz im klinischen Bilde allgemeinen Nervenshocks ein.

Excessives Schwitzen ist ein objectives, weit weniger schwankendes Zeichen, wie die bisher geschilderten subjectiven Symptome. Es ist der Ausdruck allgemeiner Schwäche, einer gestörten, geschwächten Funktion der Nerven, welche die Thätigkeit der Schweissdrüsen regeln.

Hierin wären mit Recht auch jene vasomotorischen Störungen einzubeziehen, welche sehr auffallende Symptome bedingen. Unter ihnen ist die Polyurie das hervorstechendste, sie kann der Ausgangspunkt zukünftiger Blasenstörung werden, denn die Häufigkeit der Harnentleerung kann als nervöse Affection noch lange andauern, nachdem die causa geschwunden ist. Auch Menorrhagie ist nicht ungewöhnlich, sie erscheint oft schon wenige Stunden nach dem Unfalle, ganz unabhängig von jeder normalen Menstruation. In mehreren Fällen trat fast unmittelbar nach dem Unfall profuse Diarrhoe ein.

Alle diese abnormen Erscheinungen müssen als in Beziehung zu vasomotorischen Störungen stehend aufgefasst werden, aller Wahrscheinlichkeit nach von einer Erschöpfung oder Lähmung des im oberen Teile des Rückenmarks befindlichen Vasomotorencentrums abhängig, — falls es nur eines giebt, — oder, falls viele vorhanden sind, der Vasemotorencentren in verschiedenen Teile der Cerebrospinalaxe.

Wie seltsam und unerklärlich zuweilen die Symptome auftreten können, zeigte der Fall einer Frau, welche durch die Voraussicht eines ihrem Kinde drohenden Unfalles aufs Heftigste erschreckt und selber zu Boden geworfen wurde. Einige Jahre zuvor hatte sie an Polyurie gelitten. Jetzt, kurz nach dem Anfall, trat diese von Neuem ein und hielt mehrere Wochen an, mit Ausnahme eines Tages,

wo an ihre Stelle eine enorme Milchsekretion der Brüste trat. Sie stillte nicht zu der Zeit.

Fälle wie dieser scheinen die experimentelle Beobachtung zu stützen, dass in den Hemisphären vasomotorische Centren sich finden. Diese Thatsache würde besser die innige Abhängigkeit von Gemüts- und vasomotorischen Störungen erklären, als wenn man die Centren allein im Rückenmark gelegen denkt.

Störungen des Sehens und der Pupillengrösse.

12. Lichtscheu, Asthenopie, Pupillengrösse. — In einzelnen der schlimmsten Fälle allgemeinen nervösen Shocks können wir gelegentlich ganz beträchtlicher Lichtscheu begegnen. Diese ist in den Tagen kurz nach dem Unfall gewöhnlich ein vorübergehendes Symptom, nur ein Zeichen der Heftigkeit des Shocks und ein Beweis für das Erfordernis absoluter Ruhe. Eine starke Lichtquelle findet der Patient unerträglich, ebenso wie ein lautes Geräusch. Weit gewöhnlicher ist die folgende Klage über Sehstörung, auch wenn keine Läsion an dem Augapfel oder in seiner Nähe stattgefunden hat. „Ich kann eine kurze Zeit lesen, dann fangen die Zeilen an zu verschwimmen", erzählt Ihnen der Patient; er beschreibt so ein Symptom darniederliegender Energie des Nervensystems, gleich jenen früher erörterten.

Die Asthenopie entsteht in fast allen Fällen, mag zuvor Emmetropie bestanden haben oder nicht, aus einer Accommodationsschwäche, dem Resultat der allgemeinen Depression, welche jede Innervationsanstrengung schwierig oder unmöglich macht.

Sie ist nur ein weiterer Beweis der leichten Ermüdbarkeit und wird bei allen jenen, die weder Refraktionsanomalieen, noch Presbyopie haben, schwinden mit Rückkehr der Gesundheit und Kraft, ebenso wie die Muskel- und Gehirnermüdbarkeit. Die Asthenopie ist genau dieselbe, wie diejenige, welche ein nicht ungewöhnliches Symptom von Hypermetropie ist, und die im Beginne der Reconvalescenz nach erschöpfenden Krankheiten oder im Schwächezustand nach protrahirter Laktation aufzutreten pflegt. In gesundem Organismus ist die Accommodationskraft adäquat der überkommenen Refraktionsanomalie. Bei unsern Patienten wird die völlige Rückkehr der geschwächten Funktion bis zur Norm zweifelhaft, sobald sie an Refraktionsanomalie leiden, oder Presbyopie naht oder besteht. So finden Sie gelegentlich, dass Personen, welche bei einer Eisenbahncollision einen Shock erlitten, in den nachfolgenden Jahren Gläser tragen müssen, um die Refraktionsstörung zu corrigieren. In diesen Fällen von Asthenopie werden sehr gewöhnlich mouches volantes gesehen, die den Patienten oft beunruhigen, indessen sind sie nicht von pathologischer Bedeutung, denn nur wenige Menschen giebt es, bei denen sie nicht zuweilen erscheinen.

Die Pupillengrösse ist oft von hoher Bedeutung. Eine stark erweiterte, träge reagierende Pupille ist unvereinbar mit einem gesunden Nervensystem, umgekehrt ist eine enge, prompt reagierende Pupille eine seltene Begleiterscheinung nervöser Erschöpfung. Wie auch die physiologische Erklärung dieser Thatsachen lauten möge, stets sollte die Grösse und Bewegungsfähigkeit der Pupille in Rechnung gezogen werden, um eine richtige Wertschätzung des Allgemeinzustandes zu ermöglichen.

Die Papille.

13. Die Papille. An dieser Stelle ist die Frage berechtigt, ob, in Ergänzung der verschiedenen oculären Phänomene, die Möglichkeit einer bestimmten pathologischen Veränderung der tieferen Augenteile besteht. In meinem früheren Buche erörterte ich diese Frage eingehend, und kam zu dem Schlusse, dass nach meiner eignen Erfahrung, in den Fällen von Wirbelsäulenverletzung und Shock, wie sie nach Bahncollisionen gesehen werden, gewöhnlich nichts Pathologisches wahrnehmbar ist. Ich hatte oft die Retina als blutreich schildern hören, doch war ich dessen gewiss, dass zu wenig Gewicht auf die zahllosen Varietäten von Hell und Dunkel gelegt worden war, welche der normale Augenhintergrund zeigte, und ausserdem die mannigfache Erscheinungsweise der Opticusscheibe nicht genügend beachtet worden war, wenn Refraktionsirrtümer, hypermotropischer Astigmatismus und dergleichen vorhanden waren. Ich betone nachdrücklichst meine Anschauung, nicht allein weil die spätere Erfahrung sie stützt, sondern auch weil neuerdings die Frage sehr eingehend von Mr. Thorburn studirt wurde, auf dessen Werk ich verweise. Er befindet sich in erfreulicher Uebereinstimmung mit mir. So schreibt er: „Unbedeutende Rückgratsverletzungen sind sehr häufig, aber nicht bewiesen ist, dass sie eine Papillenveränderung zur Folge haben. Solche Verletzungen ziehen in seltenen Fällen (er selbst fand 2 unter 400) chronische Meningitis oder Myelitis nach sich, und bei letzterer Krankheit ist a priori zuzugeben, dass eine Neuritis optica eintreten kann.

Beide Affectionen sind indessen sehr selten, und mit Ausnahme von Dr. Clifford Albutt's acht Fällen, in welchen die Exaktheit der Diagnose zu wünschen lässt, ist nur ein Beispiel dieser Kombination bekannt.[1])“ Ueber die traumatische Neurose spricht er weiterhin folgendermassen: „Hier sind Aenderungen der papilla nervi optici so selten, dass unter den zahlreichen Bahnverletzungen meiner Beobachtung, unter denen viele ernste traumatische Neurosen sich befanden, ich nur einen zweifelhaften Opticusbefund sah.“ In keinem Falle folgten den funktionellen Augensymptomen organische

[1]) Op. cit. p. 178.

Veränderungen, obgleich Prüfung einiger weniger Fälle es „a priori möglich zu machen scheint, dass die funktionellen traumatischen Neurosen zu Alteration der Opticusscheibe Anlass geben können.“ Diese künden sich durch vorübergehende Cirkulationsstörungen an.

Derartige Patienten haben deshalb kaum Ursache zur Besorgnis in dieser Hinsicht; gleichzeitig muss jeder sorgfältigst Acht haben, dass nicht eine entdeckte Abnormität, um Dr. Gowers' Worte zu brauchen, „einem Beobachtungsfehler entspringe (the result of an Affection of the mind of the observer, rather than of the eye observed)“.[1])

Sogenannter Gedächtnisverlust.

14. Verlust des Gedächtnisses. Klagen über „Verlust des Gedächtnisses“ werden oft vernommen, doch ist der Ausdruck kaum angemessen der vorwaltenden Abnormität, welche der Patient schildert. Es ist nicht eine Unfähigkeit, die Ereignisse und Zufälligkeiten des vergangnen Lebens ins Gedächtnis zurückzurufen, sondern eine mangelhafte Gedankenconcentration für geistige Arbeit. Es fehlt die angespannte Aufmerksamkeit, und das ist ein Zeichen der gesteigerten Ermüdbarkeit. Es ist kein Symptom von ernster Bedeutung, noch wirklicher Schädigung des Hirns. Die Ernährung des Gehirns, wie des übrigen Körpers ist augenblicklich verschlechtert, daher die geschwächte Fähigkeit zur Concentration und Aufmerksamkeit. Es fehlt nur eine weitere Phase des allgemeinen Schwächegefühls. Dass das die wirkliche Erklärung, lehren alle jene Personen, welche die stärksten Beschwerden haben. Sie können jede Einzelheit des Unfalles, wie der nachfolgenden Vorgänge erzählen, sie sind über Daten ihres früheren Lebens wohl orientiert, aber sie sind unfähig zu geistiger Arbeit, zur Gedankensammlung, selbst zur Führung eines Gesprächs.

Menstruationsstörungen und Schwangerschaft.

15. Menstruationsstörungen. Die Menorrhagie wurde bereits als eine nicht ungewöhnliche und unmittelbare Folge des Nervenshocks genannt. Plötzliches Aufhören der Menstruation, entweder im Moment des Unfalles, oder als Begleiterscheinung der folgenden nervösen Depression, ist ebenfalls nicht selten. Wer will sagen, was eines oder das andere herbeiführt? Die Menstruation kann so monatelang fortbleiben, — selbst bis der nervöse Zustand geschwunden ist. In irgend einer Weise trifft die Rückkehr der periodischen Blutung gewöhnlich mit einer ausgesprochenen Besserung im Allgemeinbefinden zusammen. Auf die besonders bemerkenswerte Thatsache möchte ich nachdrücklich hinweisen, dass Eisenbahnkollisionen selten Abort oder Frühgeburt veranlassen, sicherlich ein Beweis, dass keine so starke Erschütterung stattfand, wie gewöhnlich angenommen wird.

[1]) Medical Ophtalmoscopy, 2 incl. ed. p. 169.

Obgleich also die Furcht vor einer Fehlgeburt kaum berechtigt ist, ist es nur natürlich, dass die Frau wegen der vorhandenen Geburt in Sorge ist. Deshalb tritt eine ausgesprochene Besserung auch erst nach vollendeter Geburt ein, durch die Freude bedingt, dass ein Mensch in die Welt gesetzt ward.

Das Urogenitalsystem.

16. Das Urogenitalsystem. Jeder ist mit den Gefahren der Urinretention vertraut, und dies sollte niemals in Fällen von Eisenbahnverletzungen ausser Acht gelassen werden. Uebermässige Blasendehnung kann Ursache einer nachfolgenden Atonie werden. Die allgemeine Muskelschwäche, ein ausgeprägtes Symptom des neurasthenischen Zustandes, kann auch bei beiden Geschlechtern ein fernerer Grund sein, warum es nicht zur völligen Blasenentleerung kommt; wenn nun, wie bereits betont wurde, zu diesen Ursachen noch die Unfähigkeit hinzukommt, das Bett zu verlassen, ist es fast gewiss, dass Residualharn vorhanden ist, — die gewöhnlichste und am meisten anerkannte Ursache des Cystitis.

Der Sexualtrieb scheint während der Dauer der Neurasthenie abgeschwächt zu sein, doch kehrt er mit der Besserung des Allgemeinbefindens zurück. Fernhaltung vom geschlechtlichen Verkehr sollte eindringlichst angeraten werden.

Störungen der Verdauung und Ernährung.

17. Das Verdauungssystem ist gewöhnlich stark alterirt. Uebelkeit und selbst Erbrechen, welche den anfänglichen Kollaps begleiteten, sind beide geneigt fortzudauern, und der Patient acquirirt einen völligen Widerwillen gegen Nahrung. Infolge der Bettruhe und mangelnden Bewegung entsteht Obstipation und die Zunge wird dick belegt. All dies ist natürlich der bestehenden Neurasthenie höchst schädlich und verstärkt die allgemeine Schlaffheit.

Der allgemeine Ernährungszustand ist aufs Engste mit der nervösen Depression verknüpft, es fehlt dann eben für die Digestions- und Nutritionsprozesse das erforderliche Stimulans. Gesetzt auch, dies sei nur Theorie, so kann es doch kaum zweifelhaft sein, dass ein gesundes und kraftvolles Nervensystem wirklich die nötige Arbeitsleistung jeder andern Körperfunktion dirigirt, und dass seine Thätigkeit in inniger Beziehung zu Nutritions- und Digestionsvorgängen steht, ist ebenso verständlich, wie seine Beeinflussung der Circulations- und anderer Systeme. Deshalb ist eine ausgeprägte Abmagerung oft ein beweisendes Phänomen der Neurasthenie, und der verschlechterte Ernährungszustand kann oft Ursache des schlechten Schlafes sein.

Prognose. Ausnahmen von der Regel.

18. Prognose. — Ausnahmen von der Regel. Aus einer Anzahl von Symptomen und Beschwerden setzt sich also der Zustand zusammen, welcher heutzutage gewöhnlich mit dem Namen „Neurasthenie“ bezeichnet wird. Er ist synonym mit jenem „allgemeinen

nervösen Shock", welche Bezeichnung so oft auf diesen Seiten sich findet, und wenn auch vieles an ihm auszusetzen ist, ist er doch ein ganz passender klinischer Ausdruck. Er sagt nichts von der Pathologie des Zustandes, welchen er anzeigt. Von der Pathologie der vielgestaltigen Symptomcomplexe, welche wir Neurasthenie nennen, ist auch nichts bekannt. Wir sprechen von einer allgemeinen nervösen Depression, einer dynamischen, nicht strukturellen Veränderung, welche für eine Zeit sich durch eines oder all die zuvor erwähnten Symptome manifestirt. Für eine Zeit, sage ich, denn, wie ernst auch die Symptome sein mögen, ist die Prognose dieser Fälle gewöhnlich günstig.[1]) Bei angemessener Behandlung, bei Vermeidung aller die nervöse Depression steigernden Umstände, wird eine Wiederherstellung der nervösen Spannkraft sich einstellen, und die Erscheinungen der früheren Depression werden schwinden.

Dies ist die Regel, aber der Ernst der Situation wird durch gelegentliche, glücklicherweise seltene Beispiele veranschaulicht, in welchen das Resultat ein andres ist. Die Geschichte des Nervenshocks würde unvollständig sein, geschähe nicht der Thatsache Erwähnung, dass zuweilen eine unkomplizirte nervöse Erschöpfung mit Tod endet. Kein Fall dieser Art ward von mir selbst beobachtet, aber die folgenden Beispiele wurden mir von einem Chirurgen, reich an Erfahrung in Bahnverletzungen, mitgeteilt. Es sind die einzigen Fälle, welche innerhalb eines Zeitraumes von mehr als dreissig Jahren sich ereigneten.

Fall 14. Heftiger Shock. Tod infolge allgemeiner nervöser Depression. — Ein Mann von vierzig Jahren, von äusserst zartem Körperbau, erlebte eine nächtliche Kollision. Der Unfall war unbedeutend, er war der einzige verletzte Passagier. Nach offiziellem Bericht sollte er „heftig geschüttelt" worden sein, doch konnte er nach Haus gehen. Am folgenden Tage delirirte er, am dritten sprach er noch immer etwas unzusammenhängend. Er klagte, dass er geschüttelt worden sei und sich stark verletzt fühle, doch war keine Körperverletzung auffindbar. Er besserte sich eine zeitlang, und sein Zustand wurde nicht für ernst gehalten, niemals jedoch war ein bemerkenswerter Fortschritt bemerkbar. Vier Wochen nachher wurde er kränker, allmählich immer schwächer und schwächer, und am 37. Tage verschied er. Die Sektion ergab keinerlei organische Erkrankung. Die Lungen waren sehr blutreich, das Herz war blutgefüllt, der Tod schien durch Respirationsmangel entstanden zu sein.

---

[1]) Anm. d. Uebers. Nach Ansicht hervorragender deutscher Autoren, wie Oppenheim, ist die Prognose infaust oder sehr dubiös.

Der Unfall wurde als unzweifelhafte Todesursache anerkannt. Wenngleich gering an Stärke, übte er unzweifelhaft einen, allerdings ungewöhnlichen Einfluss aus, indem er die Lebenskraft allmählich soweit schwächte, dass der Tod eintrat.

Fall 15. Heftiger Shock durch Schreck, mit Tod endigend. — Der andere Fall betraf ein augenscheinlich kräftiges, gesundes Mädchen von 19 Jahren in guter Lebenslage. Sie erlitt keine Körperverletzung, aber in der Nacht nach dem Unfall erwachte sie mit dem Rufe, die Lokomotive stürze ins Zimmer. Ihre Krankheit nahm denselben Verlauf, wie im Fall zuvor, nach fünf Wochen starb sie und die Sektion ergab keinerlei Gewebsveränderung.

Gehirn und Rückenmark wurden in beiden Fällen untersucht. Solche Fälle sind glücklicher Weise selten. Sie kommen nicht allein den Eisenbahn-Kollisionen zu, und ähnliche Beispiele von Tod durch psychischen Shock, ohne auffindbare anatomische Ursache, werden in den Büchern über Nervenkrankheiten berichtet.

Zusammenfassung der Symptome.

19. Zusammenfassung der Symptome. Wirft man einen Rückblick auf die angeführten Symptome, so ist kaum zu übersehen, dass alle auf einen Zustand herabgesetzter Nerventhätigkeit hinweisen, dass jede unter Nervenkontrolle stehende Funktion herabgesetzt, geschädigt ist. Mit anderen Worten, jedes Organ, jedes Gewebe des Organismus ist afficirt. Es besteht Geistes- und Körperschwäche; Schwäche des Willens, der Aufmerksamkeit und Denkkraft; leichte Ermüdbarkeit der Sinne, welche bewusst oder unbewusst die Geistesprocesse vermitteln, Schwäche der Muskulatur, Herabsetzung des Muskeltonus; mangelhafter Muskeltonus der Blasenwand; schwache Peristaltik der Darmmuskulatur; Störung des Secretionsapparates, durch Schwitzen und vasomotorische Erscheinungen sich kundgebend, Digestions- und Nutritionsbeschwerden, Abschwächung des Sexualtriebes, — alle Symptome legen Zeugnis ab von der nervösen Erschöpfung und Depression, welche der Nervenshock bedingt, und werden bezeichnet mit dem zutreffenden Worte „Neurasthenie“.

Kapitel III.

Allgemeiner Nervenshock. (Fortsetzung).

Inhalt: 1. Vergesellschaftung von Neurasthenie und Hysterie. — 2. Hysterie bei Männern. — 3. Verschleppung von Symptomen und verzögerte Genesung. — 4. Combination geistiger und physischer Vorgänge. — 5. Die Organempfindungen. — 6. Fixirte Aufmerksamkeit, ängstliche Ueberlegung und Uebertreibung. — Schädlicher Einfluss des Prozesses und Ursachen chronischer Invalidität. — 8. Wichtigkeit des vorausgehenden Gesundheitszustandes und der Lebensgewohnheiten. — 9. Mangel länger dauernder Symptome bei Fracturen. — 10. Prognose.

Vergesellschaftung von Neurasthenie und Hysterie.

1. Ich werde jetzt einige der Ursachen betrachten, welche die im letzten Kapitel behandelten Symptome andauern lassen, und zu zeigen mich bemühen, was dem Bilde der Neurasthenie und dem Zustande gemeinsam ist, welcher schärfer als hysterischer Typus bezeichnet wird. Denn obgleich es auf dem Papiere eine leichte und zum Zwecke klaren Verständnisses nützliche Sache sein mag, die verschiedenartigen Wirkungen einer Eisenbahnkollision in gesonderte Klassen zu ordnen, so ist es doch unzweifelhaft, dass neurasthenische und hysterische oder sogenannte funktionelle Störungen des Nervensystems eng mit einander verbunden sind und sehr oft in dem sich uns bietenden klinischen Bilde Seite an Seite erscheinen. Sie haben eine gemeinsame Erregungsursache, beide können im Momente des Unfalles entstehen, was jene Fälle beweisen, in welchen eine „akute Hysterie", um Mr. Thornburns Ausdruck zu gebrauchen, sofort ausbrach. Häufiger jedoch entwickeln sich die Zeichen der Hysterie in einer spätern Periode, und, nach meiner Ansicht, durch Vermittelung der Neurasthenie, welche das Nervensystem vorbereitet oder geeignet macht zur Entwicklung wahrer hysterischer Störung. Der tiefe psychische Shock einer Eisenbahnkollision kann zuweilen eine ernste hysterische Gemütsstörung veranlassen, oder erst dann, wenn hinreichend Zeit für das Nervensystem zur Entwicklung jenes Zustandes funktioneller Schwäche verflossen ist, der zu hysterischen Störungen disponirt. Jener Zustand ist die Neurasthenie; es ist eine sehr gewöhnliche Ereignisfolge, dass die hysterische Störung auf neurasthenischer Basis sich aufbaut und mit ihr wächst. Nichts Anderes will ich sagen, wenn ich beide verbunden nenne, und wenngleich ich bestrebt war, den engen Konnex beider Zustände und ihrer respektiven Symptome zu erweisen, stimme ich völlig der Ansicht Mr. Thorburn's zu, „dass Neurasthenie und Hysterie verschieden sind, und dass, wenn sie auch oft kombinirt sich finden, Neurasthenie gewöhnlich ohne Hysterie besteht, wie Hysterie ohne neurasthenische Symptome."[1])

[1]) Op cit. p. 189.

Hysterie bei Männern.

2. Das Geschlecht spielt eine nur unwichtige Rolle bei der Vereinigung, und obgleich im Alltagsleben Frauen erregbarer als Männer zu sein pflegen, ist es trotzdem wahr, dass hinsichtlich der direkten und indirekten Shockwirkung einer Eisenbahnkollision Männer nicht weniger erregbar und hysterisch sind, als Frauen. „Die Häufigkeit der Hysterie bei Männern wird nicht voll anerkannt", schrieb vor einigen Jahren Mr. Fourneaux Jordan; doch wir alle wissen jetzt, dass ein nicht identischer Zustand, die weibliche Hysterie, bei Männern meist nach dem heftigen psychsichen Shock einer Eisenbahnkollision sich entwickelt, oder auf Grund einer dadurch entstandenen Neurasthenie. Ich werde keine Worte verschwenden in Diskussion des Ausdrucks „Hysterie" in seiner Anwendung auf Männer. Falls ein besserer sich finden sollte, wird er angewandt werden, vorläufig haben wir das Warum und Weshalb des qualvollen Zustandes zu erörtern, welchem ein kräftiger, gesunder Mann im Augenblick verfallen kann, — ein Zustand, in welchem jede Kontrolle der Psyche geschwunden ist. Er kann nicht schlafen, da fortdauernd seinen Geist das Bild des Unglücks verfolgt, beim leisesten Geräusch schreckt er auf, er liegt im Bett, fast in Furcht sich zu rühren, Herzklopfen stellt beim geringsten Anlass sich ein, er ist unfähig, ein Wort von seinem augenblicklichen Zustande oder seiner Zukunft zu hören oder zu sprechen, ohne in Thränen auszubrechen.

Verschleppung von Symptomen und verzögerte Genesung.

3. Die lange Dauer solch eines Zustandes bildet eine auffallende Ausnahme von der Regel —, von dem regelmässigen Verlauf, dass alsbald eine Besserung eintritt, dass die Symptome des ursprünglichen Shocks allmählich weniger ernst werden und im Verlaufe weniger Wochen fast unmerklich in den Gesundheitszustand übergehen, so dass der Mann fähig wird, sein Geschäft wieder aufzunehmen. Die Genesung von der Shockwirkung einer Eisenbahnkollision kann sich übermässig verzögern, so dass die Art und Dauer der Symptome in schroffen Gegensatz zu der anfänglichen Verletzung tritt, oder es tritt der Fall ein, dass die Genesung beginnt, der Patient sich beinahe für arbeitsfähig hält, die Symptome ihren ernsten Charakter verlieren, und trotzdem der Zeitpunkt der völligen Wiederherstellung in weiter Ferne erscheint. Was veranlasst die Verschleppung der Krankheit, die Verzögerung der Genesung, wenn alle Umstände auf eine sehr frühzeitige Wiederherstellung hoffen liessen?

Kombination geistiger und physischer Vorgänge.

4. Verhältnismässig wenig wurde bisher von der körperlichen Verletzung gesprochen, es wurde stets angenommen, dass die Ursachen, welche bei Hervorbringung des Shock und seiner Folgezustände mitwirken, rein psychische seien. Das Faktum darf jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass es nur wenige Fälle von Shock nach Eisenbahnkollisionen giebt, in welchen nicht irgend-

welche körperliche Läsion stattgefunden hat. Die Art des Unfalls zeigt, wie wir bereits sehen, das Bestreben, die Wirbelsäule zu treffen, und bewirkt in der grossen Mehrzahl der Fälle eine einfache Zerrung der Wirbelsäulenmuskeln und Ligamente, welche heftige Vertebralschmerzen unvermeidlich zur Folge hat. Wahrscheinlich haben auch gleichzeitig an anderen Körperstellen Zerrungen stattgefunden, selbst wenn der Patient sich vollkommen bewusst ist, keinen Stoss erlitten zu haben, und kein Anzeichen dafür späterhin auffindbar ist. Daher stellen sich an verschiedenen Körperstellen, im Rumpf, in den Armen und Beinen, heftige Schmerzen ein, die mangels jeder Quetschungszeichen in ihrem Wesen höchst unklar erscheinen. Psychische Momente treten nun in Thätigkeit, des Patienten Zustand zu verschlimmern. Sein geistiges Gleichgewicht ist bereits durch den Shock ins Schwanken geraten, es wird weiter gestört durch das Auftreten der räthselhaften Schmerzen. Diese Wirkung tritt namentlich in jenen Fällen ein, wo die Schmerzen erst nach zwei oder drei Tagen sich einstellen. Sie fachen die Unruhe des Verletzten von Neuem an, seine Aufmerksamkeit ist stetig auf sie gerichtet, und ihre Bedeutung wird noch weiter erhöht. Ueberdies pflegen die Schmerzen während der ersten Tage sich zu steigern, und lange Zeit anzudauern. Diese Eigenart scheint die übertriebene Beachtung zu rechtfertigen, welche der Patient ihnen schenkt.

Die ursprüngliche psychische Alteration hat den Grund gelegt zu der irrtümlichen Beurteilung der Empfindungen, welche er verspürt. So finden Sie, dass in Kurzem der Patient, erschüttert durch den Shock, beständig mit den Schmerzen und anderen Sensationen beschäftigt, sich ganz den Symptomen hingiebt, welche er fühlt. Er späht nach irgend einer neuen abnormen Empfindung aus, und entdeckt solche, welche der Gesunde gar nicht beachtet.

5. Ist es möglich, dass eine grosse Anzahl der abnormen Empfindungen, welche so entdeckt werden und über die der Patient so häufig klagt, einer bewussten Perception der Organthätigkeit ihren Ursprung verdanken? Die Organempfindungen.

Der „hysterische" Zustand ist sicherlich charakterisirt durch den Verlust der Kontrolle, durch die Schwächung der Willenskraft, und unter den verschiednen Arten, in welchen er erscheinen kann, ist sicherlich der wichtigste der Verlust der Fähigkeit, all jene Empfindungen zu unterdrücken und in Schranken zu halten, welche zweifellos die mannigfaltigen Funktionen jedes organischen Lebens erzeugen. Bei dem Entwickelungsprocesse zu höherer intellektueller Stufe ist dem Menschen allmählich das Bewusstsein der Empfindungen geschwunden, welche nothwendig die Lebensprocesse der verschiednen Organe und Körpergewebe begleiten. Dass

beispielsweise Magen, Leber, Herz, Ovarium, Oesophagus irgendwo und irgendwie eine entsprechende Centralstelle im Gehirn haben, ist a priori höchst wahrscheinlich und wird ausserdem durch das physiologische Experiment bestätigt, indem es jene abnormen Empfindungen entstehen lässt, welche zu Beginn eines epileptischen Anfalls in Gestalt einer aura von diesen und andern Körperteilen ausgehen.

Wenn bei vollkommener körperlicher und geistiger Gesundheit diese mannigfachen Sensationen eine nur untergeordnete Rolle im Empfindungsleben spielen, so geschieht es, weil die intellektuelle Entwickelung den Menschen befähigt, sie zu unterdrücken, sie nicht zum Bewusstsein kommen zu lassen.

Bei den niederen Tieren, deren Gehirn kaum von den andern Teilen ihres Nervensystems differenzirt ist, oder die überhaupt kein Gehirn haben, haben zweifellos die Organempfindungen einen wichtigeren Anteil im Lebenshaushalt, wahrscheinlich auch im Lebensgenusse; da wir aber auf eine immer höhere Entwickelungsstufe gelangen, erhalten die Organempfindungen eine verhältnismässig unbedeutende Vertretung in den Centren der intellektuellen Thätigkeit.

Lassen Sie eine plötzliche, tiefe, psychische Alteration eintreten, wie durch den Schreck einer Eisenbahnkollision, alsbald erfährt die centrale Kontrolle eine Schwächung, während die Organempfindungen zum Vorschein kommen, und ins Bewusstsein des Individuums eindringen. „Wenn das Nervensystem", schreibt Sully, „im Verlaufe der Entwickelung des Menschengeschlechtes, sich langsam bis zur gegenwärtigen komplicirten Form entwickelt hat, so sind jene Nervenbahnen, welche den höheren intellektuellen Prozessen vorstehen, neueren Datums, folglich sind sie am wenigsten vollkommen organisiert, also auch am wenigsten standhaft, d. h. sie werden am leichtesten hors de combat.

„Dies ereignet sich zuweilen bei dem Gesunden, dessen Geist durch eine Sinnentäuschung gefesselt wird. Bei Geisteskranken sehen wir den Rückgang des Entwickelungsprozesses. So können wir sagen, dass im Geistesleben der meisten Gesunden diese zart angelegten Gewebsteile in ständiger Gefahr schweben, in jenen Zustand übergeführt zu werden, der in vollster Ausprägung die Geisteskrankheit ist."

Daher kommt es, wie mir scheint, dass, wenn durch den tiefen Shock einer Eisenbahnkollision die „höheren geistigen Prozesse" hors de combat gesetzt werden, diese Organempfindungen, welche, wie derselbe Autor schreibt, „im gewöhnlichen Leben eine ungeordnete

---

[1]) Illusions p. 122.

Menge dunkler, nicht ins Bewusstsein dringender Regungen erzeugen, welche den dunkeln Hintergrund für das klare gesonderte Bewusstsein bilden, und nur bei sehr exceptioneller Stärke[2]) dorthin gelangen," dass diese Organempfindungen ihr natürliches Dunkel verlassen und Brennpunkte unkontrollirter, missleiteter Aufmerksamkeit des Geistes werden.[3])

Nicht eine der abnormen Empfindungen hat irgendwelche organische Läsion als Basis, trotzdem scheint es höchst wahrscheinlich, dass ein physisches Substrat zu Grunde liegt. Da fortdauernde Circulationsstörungen die auffallendsten Folgeerscheinungen des Shocks sind, ist es durchaus nicht unwahrscheinlich, dass viele der krankhaften Regungen eine reale, nicht völlig imaginäre Basis in vorübergehender Kongestion, oder Anämie der afficirten Teile haben. Jede derartige Ursache kann die Wurzel vieler der Sensationen werden, welche an peripheren Gegenden der Hautoberfläche auftreten, wahrscheinlich auch jener in centralen Teilen verspürten.

Fixirte Aufmerksamkeit, ängstliche Reflexion und Uebertreibung.

6. Wie der Geisteszustand von den abnormen Empfindungen beeinflusst werden kann, ebenso kann auch das Umgekehrte stattfinden. Das Resultat der Aufmerksamkeit, der ängstlichen, auf einen Teil concentrirten Aufmerksamkeit, sind die schlimmsten Formen. Schmerz und andere krankhafte Sensationen werden auf diese Weise heftiger, drückender, sie beherrschen das Denken, der geschwächte Wille unterdrückt sie nicht. Kein Wunder, dass der Patient, der jeder neu auftauchenden Empfindung nachspürt, geneigt ist, ihre Bedeutung zu übertreiben, sie in Ausdrücken zu schildern, welche dem Gesunden absurd erscheinen, und dass die Uebertreibung ein Charakterzug des Krankheitszustandes ist, genannt Hysterie, gleichgültig welches Geschlecht befallen ist.

Schädlicher Einfluss des Prozesses und Ursachen chronischer Invalidität.

7. Aus dieser Uebertreibungssucht entspringt ein weiterer Anlass zur Verlängerung der Krankheit. Die erhöhte Wertschätzung der Symptome führt zu einer irrtümlichen Beurteilung der gegenwärtigen Unfähigkeit, und bestärkt ihn in der Annahme der Unmöglichkeit einer zukünftigen Genesung. Daher ist es nur natürlich, wenn Meinungsdifferenzen zwischen jenen entstehen, welche Entschädigung für die Verletzung und ihre voraussichtlichen Folgen zu empfangen haben, und jenen, welche sie zu zahlen haben und eine ganz andere Anschauung von des Patienten Zustand besitzen. Monate vergehen so in ewiger Diskussion der Ansprüche, oder schlimmer als das, der Mann wird unwissentlich in einen Prozess

---

[2]) Ibd. pp. 148, 149.

[3]) Der Leser wird interessante philosophische Bemerkungen darüber in Dr. Mercier's Werk, Gesundheit und Geisteskrankheit finden, pp. 85—97 1890.

verwickelt, von Instanz zu Instanz geschleppt und ist all der Sorge, all dem Kummer ausgesetzt, welchen ein Gesetzesgang involvirt. Was ist wohl geeigneter als das, seine Symptome zu verschlimmern? Ist Erholung unter solchen Umständen möglich? Ist nicht im Gegenteil jede Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass die Symptome stetig schlimmer werden, oder besten Falles keine Aenderung erfahren? Ist es nicht passender, sie jetzt „Prozesssymptome" zu nennen, als jene eines allgemeinen Nervenshocks?

Hierin liegt auch die Erklärung für die grosse Mehrzahl der Fälle, wo die Besserung soweit fortgeschritten ist, dass die Wiederaufnahme der Arbeit wünschenswert erscheint, und die Besserung nichtsdestoweniger, sobald ein Arbeitsversuch gemacht wird, stillsteht, in anderen Fällen selbst Rückschritte macht und der Zustand schlimmer wird, als zuvor. Es ist thatsächlich selten, dass die Patienten zur Arbeit zurückkehren, während die Entschädigungsfrage noch unerledigt ist. Mitunter können Sie einem Patienten begegnen, auf dessen Pläne und Entschliessungen die Entschädigungsangelegenheit geringen Einfluss hatte, der, sobald er sich genügend erholt hat, zu seiner Arbeit zurückkehrt. Solche Beispiele sind indessen seltene Ausnahmen von der Regel, und betreffen wahrscheinlich nur solche Personen, deren geistiges Gleichgewicht niemals ernstlich erschüttert wurde, bei denen die Symptome des Nervenshocks nicht ernst waren, oder die Willensstärke genug besitzen, sie zu unterdrücken. Die meisten räumen die Thatsache ein, dass die Patienten die notwendige Anstrengung nicht machen wollen oder nicht können, die Arbeit wiederaufzunehmen, so lange die Geldentschädigungsfrage noch schwebt. So entsteht als Ergänzung des Kummers und der Sorgen wegen des eventuellen Ausganges des Prozesses eine weitere sehr mächtige Ursache für Andauer der Symptome, und schafft einen Zustand chronischer Invalidität, welche weit mehr von der augenblicklichen Lebenslage abhängt, als von dem ursprünglichen Nervenshock. Diese Ursache ist der Mangel an Beschäftigung. Kann irgend etwas unheilvoller für einen Menschen sein? Führt irgend etwas mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu Reizbarkeit und Aergerlichkeit, zu Schlaflosigkeit und Appetitverlust, zu nervöser Erregbarkeit und ängstlicher Sorge, zu Hoffnungslosigkeit inbetreff der Zukunft, zur Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit zu concentrieren? Ist irgend etwas besser geeignet, die Beziehungen zwischen mens sana und corpus sanum zu trüben, als Mangel gesundheitsgemässer Beschäftigung? Wenn dieser Zustand Monate und Monate andauert, jeden Monat unangenehmer wie zuvor, ist es dann verwunderlich, dass das Krankheitsbild oft geradezu bejammernswert wird? Noch trauriger wird es, wenn der Patient ausser seiner Unthätigkeit noch ans Haus ge-

fesselt wird, und sich so der Vorteile beraubt sieht, welche eine gesundheitsgemässe Körperbewegung gewährt.

Legen Sie dem eine Eisenbahnkollision begleitenden Schrecken so hohen Wert bei, als Sie wollen, — nicht einen Moment möchte ich seinen thatsächlichen Einfluss herabzumindern suchen, — und vergleichen Sie den Zustand eines auf Entschädigung Harrenden, welchen wir absichtlich einen Eisenbahnpatienten nennen wollen, mit dem beinahe ähnlichen eines Hospitalpatienten, der keine Entschädigungshoffnung hatte, der sich gezwungen sah, sobald als möglich seine Arbeit wieder aufzunehmen, wie verschieden ist ihr Los, wieviel trauriger das Schicksal des ersteren Mannes, wie das des letzteren? Der Hospitalpatient ist längst genesen, während der Eisenbahnpatient noch immer wartet, denn es können Monate vergehen, bis die Entschädigungssumme ihm ausgezahlt wird; er glaubt fest, dass er nicht zur Arbeit und einem naturgemässen, den Gesundheitsanforderungen entsprechenderen Leben zurückkehren könne.

„Bringen Sie Ihre Ansprüche in Ordnung und gehen Sie an die Arbeit“ ist der beste Rath, welcher unter solchen Verhältnissen gegeben werden kann. „Gehen Sie an die Arbeit, und Sie werden bald finden, dass Sie die Kraft dazu haben, und all die düsteren Zukunftsprophezeiungen werden schwinden.“

Der vorausgehende Gesundheitszustand und die Lebensgewohnheiten.

8. Ausser diesen verschiedenen Ursachen, sind der Gesundheitszustand und die Lebensgewohnheiten des Patienten vor dem Unfall in Beurteilung der Heftigkeit der Symptome nicht gering zu schätzen. Es ist klar, dass ein Mensch, welcher eine schwache Gesundheit hatte, oder sich im Reconvalescenzstadium von jüngst vorhandener Krankheit befindet, wahrscheinlich die neurasthenischen Symptome im höchsten Grade zeigen wird. Das Gleiche dürfte auf den Mann Anwendung finden, welcher, obwohl völlig gesund zuvor, in beständiger, angestrengter Thätigkeit lebte, unter dem mächtigen Drucke, welchen der tägliche Wettbewerb bedingt. Er besitzt ein ausgedehntes Geschäft, zahlreiche Untergebene, eine weitverbreitete Interessensphäre, welche er selbst überblicken muss, keinem andern übertragen kann. Er befand sich in guter Gesundheit, das Geschäft füllte sein Leben aus, einen Feiertag hatte er während der letzten Jahre nicht. Er wird bei einer Kollision heftig erschreckt, unbedeudend erschüttert. Er weiss nicht, dass er verletzt worden, aber wenige Tage später beginnt das Leiden, er wird unfähig zum Essen und Schlafen und fühlt sich ganz krank. Sein Geschäft zwingt ihn noch zur Aufmerksamkeit, rüttelt den bereits leidenden Organismus auf, und so vergehen Wochen, bis seine ausgesprochene Gesundheitsstörung, die Arbeitsunfähigkeit, ihr Recht auf vollständige Ruhe geltend macht. All die Umstände wirken mit, die Krankheit zu verlängern, den

Zeitpunkt der Genesung hinauszuschieben. Wenn auch seine Gesundheit vor dem Unfalle allem Anscheine nach eine vortreffliche war, befand sich doch sein Nervensystem in solch einem Spannungszustand, dass es unter einer adäquaten Erregungsursache übermässig leidet. Dies ist die wahrheitsgetreue Erzählung eines Falles aus dem Leben, und ihre Zahl ist gross.

Ein Nervensystem kann auch schlecht vorbereitet sein, die Erschütterung eines Eisenbahnshocks zu ertragen, bei Personen mit zügellosen Lebensgewohnheiten, — zügellos nicht nur in Essen und Trinken, sondern auch besonders im sexuellen Verkehr. Excesse in Venere schaffen, nach meiner Ansicht, eine weit wirksamere Praedisposition zur Neurasthenie, als Verirrungen in Diät und Alkoholgenuss. Jedenfalls müssen diese Ursachen in den Kreis der Erwägung gezogen werden, wenn wir den Anlässen nachspüren, warum die Symptome so ernst sind oder übermässig sich verzögern. Die Behandlung bringt wenig Nutzen, wenn die Ursachen nicht erkannt und aus dem Wege geräumt werden.

Fehlen verschleppter Symptome in Fällen von Fraktur.

9. Es ist eine auffällige Thatsache, dass in Fällen ernster Extremitätsverletzung, z. B. einfacher oder complicirter Fraktur, selbst wenn der anfängliche Kollaps hochgradig war, man nur selten verschleppten Spätsymptomen begegnet, wie wir sie bei allgemeinem Nervenshock beschrieben.

Fall 16. Ernste Körperverletzung. — Fehlen verschleppter Folgesymptome des Shocks. Ein Mann von 47 Jahren erlebte eine nächtliche, sehr heftige Kollision. Ausser starken Hautcontusionen an Gesicht und Körper erlitt er eine einfache Fraktur der Fibula des einen Beines, eine complicirte Fraktur beider Unterschenkelknochen des andern Beines. Natürlich trat Kollaps ein, der aber alsbald schwand. Sechs Monate nach dem Unfall war das Allgemeinbefinden ein gutes; er sah wohl aus, hatte keine nervösen Symptome, der Puls war ruhig, und Schlaf und Appetit waren ganz vortrefflich. Es bestanden auch keine Spätsymptome, denn fünf Jahre später wurde berichtet, dass er keinerlei Nachwirkungen des Unfalles verspüre, ausser einer geringen Schmerzempfindung im Knöchel, wenn das Wetter kalt war. Niemals bestanden neurasthenische Symptome.

Was ist der Grund, dass in diesem Falle und in anderen trotz des starken anfänglichen Kollapses, die Spätsymptome des allgemeinen Nervenshocks fehlen? In dem psychischen Zustande liegt, wie ich glaube, die Erklärung dieser scheinbaren Anomalie. Gerade die Erkennbarkeit der Verletzung birgt etwas, worauf des Patienten Geist mit einer gewissen Beruhigung verweilen kann, denn, soweit er weiss, ist der gewöhnliche Ausgang nach Fraktur völlige Wieder-

herstellung der Gesundheit und Gebrauchsfähigkeit des Gliedes. Der Kollaps schwindet, und der Patient findet eine vollkommen klare Verletzung vor. Er weiss, dass er für eine Zeit zur Bettruhe verurteilt ist, und dass er, sobald er aufstehen darf, beginnen wird umherzugehen. Die Verletzung ist bestimmt, präcis, ihre Symptome sind von dem Momente an, wo sie stattfand, unzweideutig, es fehlt das anscheinend Geheimnisvolle, welche jene, nach mehreren Stunden oder Tagen überraschend auftretenden Symptome charakterisiert, der Schmerz lässt wahrscheinlich nach, und so vereint sich alles zur Ergänzung einer geistigen Ruhe, welche den gewöhnlicheren, bisher beobachteten Fällen mangelt. Die vollständige körperliche Ruhe ist ebenfalls von Nöten, sobald der Patient zu Bett gebracht ist. Die Ruhe ist heilsam für Körper und Geist. Der Patient ist um so dankbarer, wenn er fähig wird umherzugehen. Ausserdem besteht geringere Aussicht, dass die Entschädigungsfrage zu einem Streite Anlass geben werde, die Geldberechnung wird um so leichter, da die Art und Ausdehnung der Verletzung ganz bestimmt abgeschätzt werden kann.

So ist in Fällen einer Körperverletzung, wo der Kollaps anfänglich hochgradig war, der Mangel der Symptome andauernden Nervenshoks geeignet, die Anschauung zu stützen, dass jene Symptome eher psychischer Ursache ihren Ursprung verdanken, als der Körperverletzung oder irgend einer erlittenen vibratorischen Erschütterung.

Wie sehr die fortdauernden Symptome von centralen Einflüssen abhängen, lehrt, vielleicht am entscheidendsten, die rasche Wiederherstellung, welche oft erfolgt, wenn die Erregungsursache längst geschwunden ist. Es ist natürlich leicht zu behaupten, dass, wer sobald nach Erledigung der Entschädigungsansprüche sich erhole, ein Betrüger sei, dass all seine Symptome trügerisch oder willentlich übertrieben seien. Dies genügt jedoch kaum zur Erklärung der Symptome, die soviel Angst und Unruhe hervorgerufen, der Behandlung so wenig zugänglich sich erwiesen haben. „Wie krank bin ich, wie wenig bessere ich mich, wie gering sind die Fortschritte", waren die vorherrschenden Aeusserungen, und sie machen diesen, ganz anders und weit hoffnungsreicher klingenden Worten Platz: „Wie bald werde ich gesund sein."

10. Es erübrigt noch zu erörtern, inwieweit die Wiederherstellung in diesen Fällen von nervösem Shock möglich ist, und in welchem Masse der Patient die Geistes- und Körperkraft wiedererlangt, welche er vorher besass. Glücklicherweise ist die Genesung gewöhnlich vollständig, der Patient kann seine Beschäftigung wieder aufnehmen, sein Geschäft betreiben. Allerdings fehlen auch nicht Prognose.

die Ausnahmen, welche beweisen, dass eine physische und intellektuelle Veränderung Platz gegriffen hat. So können Sie hören, dass ein Mann weniger andauernd körperliche und geistige Arbeit leisten könne, dass er weniger widerstandsfähig gegen Alkoholwirkung sei, dass er reizbar, leicht erregt, nervös beim Antritt einer Reise sei, dass er fürchte zu reiten oder zu fahren, dass er auf Jagen und Schiessen verzichte, dass er mehr nervös wie zuvor sei und an Kopfschmerzen leide, und in ernsteren Fällen, dass sein Haar grau geworden sei und er vorzeitig altere. Er wird nimmer die Persönlichkeit, die er früher war.

Hier muss die wichtige Frage aufgeworfen werden: Wie weit ist der Verlauf der verschleppten Krankheit für die unvollständige Genesung verantwortlich?

Wenn Sie sich erinnern, dass die Symptome hauptsächlich psychische sind, dass der Verlust der Selbstkontrolle und die Willensschwäche ihre Basis bilden, so kann es kaum zweifelhaft sein, dass eine unbeabsichtigte oder beabsichtigte Hingabe an jede auftauchende Empfindung, die widerstandslose Unterwerfung unter die bezwingende Krankheit, das Schwelgen, so zu sagen, nicht in dem Schmerzgefühl, sondern in den unklaren Anzeichen, Regungen und Furchtempfindungen, den Weg bilden, auf dem eine völlige Geistes- und Körpergesundung wiederzuerlangen unmöglich ist. Wenn er so den verschiedenen, das Krankheitsbild constituirenden Einflüssen gestattet, für Wochen und Monate ihn zu beherrschen, und keine entschlossene Anstrengung macht, ihre Fesseln zu lösen, so wird er andauernd leiden.

Kapitel IV.

Die Schreckneurosen. — Traumatische Hysterie.

Inhalt: 1. Funktionelle „neuromimetische“ Erkrankungen nach Verletzung. 2. Der Ausdruck „funktionell“. — 3. Temperament und früherer Gesundheitszustand. — 4. Akute Hysterie. — 5. Chronische Nachahmungsformen und der begleitende cerebrale Zustand. — 6. Suggestion in Hypnose. — 7. Charcot und die traumatische Suggestion. — 8. Antosuggestion und Furcht vor Lähmung. — 9. Der Zustand nach dem Eisenbahnunfall und seine Aehnlichkeit mit Hypnose. — 10. Oppenheims Ansichten. — 11. Verhalten des Cerebrum nach Schreck. — 12. Gefahr des Andauerns des Zustandes.

Funktionelle „neuromimetische“ Erkrankungen nach Verletzung.

1. Ich gehe jetzt zur Betrachtung einer Klasse von Fällen über, welche gewöhnlich mit dem Namen „traumatische Hysterie“ bezeichnet werden. In meinem früheren Werke wurden sie als Beispiele sogenannter funktioneller oder „neuromimetischer“ Störung angeführt, und wenngleich ich noch immer dabei beharre, dass das ihre

eigentliche Natur ist, so ist doch die Bezeichnung „traumatische Hysterie“ in den letzten Jahren zu solcher Allgemeingültigkeit gelangt, dass ich ihn acceptiren will, trotzdem ich persönlich sie lieber „Schreckneurosen“ nenne. Von Zeit zu Zeit wurde der Gebrauch des Wortes „Hysterie“, wegen seiner Etymologie, angefochten, noch grössere Anfechtungen erfuhr er, als er in Begleitung des Wortes „traumatisch“ erschien. Nichtsdestoweniger hege ich starken Zweifel, ob je es möglich sein wird, das Wort Hysterie aufzugeben, ob wir überhaupt viel damit erreichen würden; und wenn es auch zur Bezeichnung der nervösen Alteration beim männlichen Geschlechte dient, so besteht, wie ich zu vermuten wage, keine unüberwindliche Schwierigkeit, es in dem Sinne zu gebrauchen, ohne an den Uterus zu denken. Kein vernünftiger Mensch kann, nach Kenntnisnahme der Werke von Charcot, Oppenheim, Strümpel, Guinon, Thorburn, Dreschfeld, Weir Mitchell und vielen andern zweifeln, dass hysterische Erkrankung Folge einer Verletzung sein kann. So weit ich weiss, existirt kein passenderer Ausdruck wie „traumatische Hysterie“, und ich glaube, dass heutzutage kein Neurologe von Erfahrung und Ansehen bestreiten wird, dass die ernstesten nervösen Störungen, auf welche die Bezeichnung Hysterie mehr oder weniger passt, beim männlichen Geschlecht vorkommen und Wirkung einer Verletzung sein können. Zur Stütze dieser Ansicht sollen Beispiele angeführt werden, doch wenn jemand auch dann noch zweifelt, möge er die zuvor genannten Autoren studiren, und er wird unzweifelhafte Beispiele finden, welche ihn überzeugen werden.

Gebrauch des Ausdrucks „funktionell.“

2. Wenn ich die Symptome als hysterische oder funktionelle bezeichne, glauben Sie nicht, dass ich damit ihre Bedeutung herabzumindern trachte. Das ist allerdings wahr, dass weit öfter die nervösen Symptome unter die Kategorie „Hysterie“ gebracht und dann als geringwertig betrachtet wurden, es ist aber wohl die Frage berechtigt, ob die Behandlung eines Falles mit der Diagnose Hysterie viel leichter gefunden wurde, sicherlich sind wir mit einer derartigen Benennung einem klaren Verständnis der Natur der Symptome nicht viel näher gerückt.

Hinsichtlich der sogenannten funktionellen Störungen des Nervensystems, welche nach Bahnunfällen aufzutreten pflegen, habe ich stets die Ansicht gehabt, dass eine materielle, krank machende Veränderung zugrunde liegen muss, aber es scheint mir höchst unwahrscheinlich, dass diese Veränderungen von gleicher Art sind wie die groben pathologischen Läsionen, welche wir im Secirzimmer zu sehen gewohnt sind, oder die das Mikroskop uns zeigt. Wir alle wissen ja, dass es auch eine chemische Veränderung sein kann,

welche die sekundäre Erkrankung schafft. Der Verlauf, das rasche, oft plötzliche Verschwinden der Symptome, liefern den untrüglichen Beweis, dass es nicht um grobe pathologische Läsionen sich handeln könne. Trotz alledem, wenn wir auch heutigen Tages nicht anzugeben vermögen, welche sichere anatomische Basis den sogenannten funktionellen Störungen des Nervensystem zugrunde liegen, und mit Guinon zugeben müssen, dass, soweit pathologisch-anatomische Veränderungen in Betracht kommen, diese Erkrankungen sine materia sind, brauchen wir ihr klinisches Studium nicht aufgeben; die Hoffnung ist vorhanden, dass eine sorgfältige Beobachtung der einzelnen Symptome ihre anatomische Basis entdecken werde, mag diese in Veränderung der afficirten Teile des Nervensystems bestehen oder in alterierten Ernährungsverhältnissen.

Temperament und vorausgehender Gesundheits-Zustand.

3. Vom klinischen Standpunkt aus können wir es als eine verbürgte Thatsache hinnehmen, dass der Schreck gewöhnlich einen mächtigen, entscheidenden Einfluss bei Erzeugung hysterischer Erscheinungen übt, er ist es auch, welcher bei Eisenbahnkollisionen die funktionellen Störungen erzeugt. Ausser den unmittelbaren Wirkungen des Schrecks, welcher nicht immer schädliche Folgezustände nach sich zieht, ist eine gewisse Prädisposition nachweissbar. Die Konstitution des Nervensystems kann eine fehlerhafte sein, entweder durch Vererbung oder als Resultat von Faktoren, welche einen nachteiligen Einfluss auf dasselbe ausübten. Der vererbte Schwächezustand kann sich in einem nervösen Temperament äussern, welches schon bei oberflächlicher Beobachtung erkennbar sein kann, oder erst durch Krankheit zu Tage tritt. Wir alle wissen, wie sehr verschieden die Wirkungen einer Krankheit auf das Nervensystem sich darstellen können, und wie oft es sich ereignet, dass Personen, in gesunden Tagen frei von jeder Nervosität, durch Krankheit ihr nervöses Temperament zum Leben erwecken. Wenn auch die Heredität niemals in Erscheinung trat, kann doch die frühere Anamnese Anhaltspunkte bieten.[1])

Ausser der hereditären Prädisposition giebt es zufällige prädisponirende Ursachen. Jüngst überstandene Krankheit mit nachfolgendem Schwächegefühl, sexuelle Excesse, geistige oder körperliche Ueberarbeitung, abusus alcoholicus, die Gichtdiathese mit ihrer chronischen Assimilations- und Ernährungsstörung, das Bestehen einer bestimmten Nervenkrankheit, — alle diese Dinge und viele

---

[1]) In seinem klassischen Werke über Hysterie (De l'hysterie p. 326) erwähnt Briquet, dass er nur in 10 Fällen von 396 keine wirkliche Prädisposition entdecken konnte. Thorburn, Oppenheim und andere haben jedoch ganz andere Erfahrungen gemacht, und betrachten die hereditäre Prädisposition nicht als so gewöhnlich.

andere prädisponiren eine Person, an dem heftigen Shock zu erkranken, welcher eine Eisenbahncollision, wie fast jeden ernsten Unfall, zu Land oder See, begleitet. Wer eingehender die mannigfaltigen prädisponirenden Ursachen funktioneller Nervenstörung studiren will, wird mit Befriedigung und grossem Nutzen Georges Guinon's neuestes Werk lesen, Les Agents provocateurs de l'Hystérie. Er wird daraus lernen, dass viele dieser Leiden nicht so sehr Resultat einer unmittelbaren Ursache sind, sondern einem Zustand des Nervensystems entspringen, welchen irgend eine Erregungsursache zur Manifestation funktioneller Störung veranlassen kann. Daher kommt es, dass Eisenbahncollisionen so häufig zu funktionellen hysterischen Störungen führen, sie erzeugen eben jenen Prädispositionszustand, welcher in den vorausgehenden Kapiteln einer Betrachtung unterzogen und mit Neurasthenie bezeichnet wurde.

Von der Betrachtung des allgemeinen Nervenshocks zu den Fällen traumatischer Hysterie überzugehen, erscheint fast natürlich, da in vielen Fällen der Shock es ist, welcher im Nervensystem einen geeigneten Boden für Entwickelung dieser funktionellen Störungen schafft. Die Fälle, welche später angeführt werden, zeigen ausserdem, dass oftmals in der Vergangenheit des Patienten Geistesstörung nachweisbar ist, oder dass er einer Familie angehört, in welcher intellectuelle oder psychische Abnormitäten, nicht notwendig bis zur Psychose führend, als Familieneigentümlichkeit bekannt sind. Es war unmöglich, in jedem Falle beweiskräftige Thatsachen der Art zu eruiren, aber mangels auffindbarer Prädisposition, ist zur Entstehung der hysterischen Affektion die tiefe nervöse Erschöpfung, Prostration, oder wie Sie es sonst nennen mögen, völlig hinreichend, welche der moralische und physische Shock des Unfalles auf das Nervensystem ausübt. Wir bedürfen keiner weiteren Ursache für die funktionellen Erscheinungen, — die Paralysen, Spasmen, Convulsionen, — welche Nachahmungen ernster Krankheit sind.

4. Wir können jetzt im Einzelnen die verschiedenen Erscheinungsweisen der Hysterie betrachten, wie sie Resultat einer Verletzung sein können. An erster Stelle und von weit geringerer Bedeutung, wie jene eben erörterten, sind zu erwähnen das convulsivische Schluchzen, die Schrei- und Lachkrämpfe der akuten Hysterie, wie sie alsbald oder wenige Stunden nach dem Unfalle auftreten können. Jeder kennt solche Attaquen, und ich messe ihnen vergleichsweise wenig Bedeutung bei, da sie gewöhnlich vorübergehen. Höchst wahrscheinlich lösen sie die nervöse Spannung und wirken so Gutes; die Erfahrung lehrt, dass sie nicht jene hysterischen Erscheinungen zur Folge haben oder mit ihnen sich vereinigen, welche, die Symptome wirklicher Krankheit copirend, von einem weit stärker alterirten

Akute Hysterie.

Nervensystem produziert werden und weit schwieriger entfernbar sind. Die Prognose ist entschieden günstiger, und ich will nichts weiter von ihnen sagen, als dass beide Geschlechter in fast gleichem Grade befallen werden, und dass es von Wichtigkeit ist, vollkommene Ruhe zu wahren und alles zu meiden, was mit der Erregungsursache in Beziehung steht. Kondolirende Freunde sollten lieber fern bleiben.

Chronische Nachahmungsformen und der begleitende cerebrale Zustand.

5. Gehen wir zu den chronischen, selteneren und mehr imitativen Formen traumatischer Hysterie über, so macht es die Vielgestaltigkeit und Veränderlichkeit der Symptome unmöglich, eine abgeschlossene Klassifikation zu entwerfen. Es möge die Angabe genügen, dass gewöhnlich die Symptome in motorischen und sensiblen Veränderungen bestehen, in Paralyse oder Kontraktur eines Gliedes, in Verminderung oder andersartiger Verschlechterung der Sensibilität von Haut und Sinnesnerven, in krampfartigen epileptiformen Anfällen, in vasomotorischen Veränderungen und in ausgeprägten psychischen Störungen. Die verschiedenen Symptome lassen sich am besten an einzelnen Beispielen studiren, doch zuvörderst möchte ich etwas über den möglichen Ursprung und die Natur einiger der zu beobachtenden Symptome sprechen. In meinem früheren Werke äusserte ich die Ansicht, dass „der primäre Sitz funktioneller Störung im Gehirn selbst liege, und dass, wie bei einem durch mächtigen psychischen Eindruck bedingten hypnotischen Zustand, eine zeitweilige Funktionshemmung jenes Teiles des Sensoriums stattfinde, welcher das motorische und sensible Gebiet beherrsche“. Es ist, wie ich denke, unzweifelhaft, dass die Grundursache der neurotischen Symptome, auch einer „funktionellen Paraplegie“, im cortex cerebri sich finden müsse. Das Leiden hat mit tiefer geistiger Alteration oder Shock begonnen, und das Symptombild scheint den nach einer Erklärung Suchenden von den peripheren Teilen des Nervensystems abzulenken.

Bei Paraplegie infolge organischer Krankheit ist der Verlust der motorischen Kraft und der Sensibilität selten absolut, der Patient ist nur zu ängstlich, zu zeigen, wieviel Bewegungskraft er besitzt. Bei funktioneller Paraplegie ist im Gegenteil die Lähmung gewöhnlich absolut, es kann überhaupt keine Bewegung geleistet werden. Der Befehl vom Gehirn wird in dem einen Falle durch Läsion des Rückenmarkes gehemmt, über welche hinaus er nur mühsam seinen Weg findet. Er findet ihn jedoch, und es resultirt eine Bewegung. Im anderen Falle verlässt der Auftrag überhaupt nicht die Hirnrinde, — kein Befehl erreicht die Glieder, und keine Bewegung erfolgt. Wenn wir zur Betrachtung der Einzelfälle kommen, werden wir diese Art der mangelhaften Kraftleistung der Hirnrinde sehen, wie sie bei dem einfachen Bewegungsakte des Herausstreckens der Zunge in Erscheinung tritt. Diesen motorischen Vorgang aus-

zuführen, ist der Patient nicht fähig. Er macht die kräftigsten Anstrengungen, — die Muskeln des Gesichts, Rumpfes und der Gliedmassen werden zur Hülfe genommen, als ob sie das Resultat beeinflussen könnten, es misslingt völlig oder die Zunge erreicht vielleicht die Zahnreihe oder die Lippen. Eine sorgfältige Beobachtung des Patienten lehrt aber, dass die Bewegungen des Organes selbst keine Abnormität zeigen: das Sprechen geht gut von Statten, und wenn durch Zufall die automatische und unwillkürliche Bewegung nötig wird, einen auf der Aussenseite der Lippen befindlichen Speiseteil zu entfernen, so vollführt sie die Zunge in völlig normaler Weise.

Dies war ein beweiskräftiges Phänomen in einem Falle, in welchem Symptome funktioneller Neurose sich fanden, die man unmöglich als simuliert ansprechen konnte. Grade das Nebeneinanderbestehen derartig paradoxer Symptome berechtigt uns zu der fast sicheren Annahme, dass dieser Mangel motorischer Kraft nicht simuliert ist, sondern dass der Patient thatsächlich seine cerebralen Centren nicht zu einer Thätigkeit anregen kann, welche zur Ausführung der entsprechenden Bewegungen erforderlich ist. Es kann schwierig oder unmöglich sein, das Wesen dieser mangelhaften cerebralen Thätigkeit zu deuten, sowohl in Fällen sensibler, wie motorischer Störung. Wenn aber fehlende Willenskraft der höheren Centren sich durch die Unfähigkeit kundgiebt, verlangte Bewegungen auszuführen, ist es dann völlig unfassbar, dass die gleiche Ursache bei der Aufhebung des Allgemeingefühls, bei der Schädigung der Spezialsinne wirksam ist?

Automatische Bewegungen erfolgen in normaler Weise, die gewollten Bewegungen sind es allein, welche fehlen, und in Fällen funktioneller Anaesthesie konnte ich es oft beobachten, dass der Verlust der Empfindung ebenso sehr Erscheinung des Augenblicks sein kann, wie die Unfähigkeit, die Zunge herauszustrecken. Kann nicht zuweilen eine Untersuchung eine Hemianaesthesie bestimmt feststellen, welche alsbald nach Beendigung der Untersuchung schwindet? Der psychische Zustand, welcher die Unfähigkeit schafft, die Zunge herauszustrecken, kann in gleicher Weise Gefühllosigkeit erzeugen, und der Verlust der einen Kraft kann ebenso sehr, oder ebenso wenig, von der Hirnthätigkeit abhängen, genannt Wille, wie der Verlust der anderen. Sicherlich haben beide eine gemeinsame Erregungsursache. Das ist der der Hypnose ähnelnde Zustand, welchen der Schreck hervorruft.

Suggestion in Hypnose.

6. Wir wissen, welch' bedeutende Rolle im hypnotischen Zustande die Suggestion spielt, und welch verschiedenartige motorische und sensible Störungen sie erzeugen kann. Deshalb scheint es uns,

dass zuweilen die Untersuchung des Patienten nach dieser Richtung suggestiv wirke. In dieser Beleuchtung erscheint Suggestion und Erwartung identisch. Wie dem auch sei, beide stellen einen abnormen, zu Zeiten ungesunden Zustand der höheren Gehirncentren dar, wodurch eine Aenderung in den gewöhnlichen Beziehungen zwischen Körper und Geist zustande kommt.

Möge die heftige psychische Alteration eines Unfalles, bei welchem Anlass zum Erschrecken vorhanden war, für all die schlimmeren Folgen verantwortlich sein, so bezweifle ich doch kaum, dass die resultierenden Symptome allesammt von der Untersuchungsmethode abhängen, welche zur Entdeckung der vorhandenen oder erwarteten Symptome angewandt wird. Nehmen wir ein passendes Beispiel. Wenn es Regel wäre, die Empfindungsqualitäten jeglicher Person zu prüfen, welche bei einer Kollision verletzt wurde, würden wir alsbald günstige Gelegenheit finden, Hemianaesthesie in enorm gesteigerter Zahl zu studieren; ebenso war, als gewohnheitsgemäss eines jeden Rückgrat untersucht wurde, mochte es verletzt sein oder nicht, mochte Klage darüber geführt werden oder nicht, die spinale Empfindlichkeit und Hyperaesthesie des Rückens ein weit gewöhnlicheres Vorkommniss als heutzutage. Das ist keine eitle Spekulation. Alle, die eine grosse Anzahl Eisenbahnverletzter zu sehen Gelegenheit hatten, wissen es, wie sehr die vorhandenen Symptome der Mode unterliegen, ein Warnungswort ist deshalb wohl am Platze.

Charcot und traumatische Suggestion.

7. Wer Charcot's Werke studiert, weiss, welche Gleichartigkeit nach seinem Urtheile zwischen vielen Phänomenen der Hysterie und dem vorsätzlich erzeugten hypnotischen Zustande besteht. Indem er anerkennt, dass mit Leichtigkeit viele Erscheinungen, wie Lähmung oder Kontraktur eines Gliedes, während des hypnotischen Schlafes durch Verbalsuggestion zustande kommen, erkennt er jenen Phänomenen und vielen der traumatischen Hysterie einen analogen Ursprung zu. Indessen ist an Stelle der Verbalsuggestion die Verletzung getreten, welche die spezielle Form nervöser Störung suggeriert. Wie aber die Wortsuggestion das gewünschte Resultat nur erzielt, wenn der cortex cerebri im hypnotischen Zustande sich befindet, so hat traumatische Suggestion nur dann einen Einfluss, wenn die Centren in einem, diesem ähnlichen Zustande sind. Die äusseren Umstände des Unfalles tragen für Entstehung der erforderlichen Prädisposition Sorge.

Wenn er von Eisenbahncollisionen redet, führt er an, dass nervöse Störungen oft ohne irgendwelche traumatische Laesion sich finden, einfach als Wirkung der psychischen Erschütterung, doch oftmals nicht gleich nach dem Unfall erscheinend. Diese psychische Alteration macht die traumatische Suggestion möglich.

Betrachten wir einen seiner typischsten Fälle von Hysteroepilepsie („Diseases of the Nervous System“, vol. III 1889, New Sydenham Soc., by Dr. Savill p. 226 et seq.), wo all die verschleppten Symptome von einem kräftigen Hieb auf den Arm ihren Anfang genommen hatten, bei welchem Vorgang der Patient blutend und erschreckt zu Boden gestürzt war. Genügte die Wunde, so fragt er, zur Entwicklung der nervösen Symptome? Er antwortet: Nein, und will damit nur sagen, dass bei der Genese der Symptome ein anderer Faktor wahrscheinlich eine weit wichtigere Rolle gespielt habe. Ich meine den im Momente des Unfalles erlittenen Schrecken, welcher kurz darauf durch Bewusstseinsverlust sich äusserte, und eine Art vorübergehender Paralyse der untern Extremitäten zurfolge hatte.“

Der gleiche nervöse Zustand, in diesem Beispiele das psychische Substrat des hystero-epileptischen Phänomens, existirt aller Wahrscheinlichkeit nach in jenen Fällen, wo eine unbedeutende Verletzung, beispielsweise in der Umgebung eines Gelenks, zu Lähmung, Kontraktur, Anästhesie eines Gliedes oder den physikalischen Zeichen und Symptomen führte, welche eine Gelenkerkrankung vortäuschen. Die Verletzung war die Ursache einer abnormen Empfindung, welche dem Gesunden völlig unbeachtet geblieben wäre, aber dem nervösen Organismus, dem Opfer psychischer Erschütterung, suggeriert sie ein ernstes Leiden. Dies ist, kurz gesagt, „traumatische Suggestion“, eine ähnliche Erklärung gab ich bereits im Jahre 1883, und ich befinde mich jetzt in voller Uebereinstimmung mit Charcot, welcher sagt, dass bei Eisenbahncollisionen „eine besondere geistige Veränderung sich oft entwickele, welche, nach seinem Urteile, grosse Aehnlichkeit mit dem hypnotischen Zustande zeige. Thatsächlich sei unter beiden Verhältnissen die geistige Selbständigkeit, der Wille oder das Urteil mehr oder weniger unterdrückt oder getrübt, und Suggestion erfolge leicht. So werde der unbedeutendste traumatische Vorgang, der beispielsweise ein Glied treffe, Anlass zu Paralyse, Kontractur oder Arthralgie. Daher sehe man so oft nach Eisenbahnunfällen Monoplegie, Paraplegie oder Hemiplegie, welche organische Läsionen vortäuschen, obgleich sie nichts anderes als funktionelle oder psysiche Paralysen seien, ganz analog den hysterischen Lähmungen.“ Dieser Zustand kann durch den nervösen Shock zur Entwickelung kommen, doch glaube ich, dass er auch Resultat der Neurasthenie sein kann, welche der Shock entstehen liess.

8. In solchen Fällen ist der Ausdruck Autosuggestion passender, wie traumatische Suggestion, um den Ursprung der nervösen Störung anzuzeigen. Darin liegt jedoch kein materieller Unterschied. Was die Suggestion einflussreich macht, ist der specielle psychische Zustand, Autosuggestion und Furcht vor Lähmung.

welcher entweder unmittelbar durch den nervösen Shock hervorgerufen wird, oder durch das vermittelnde Agens der allgemeinen nervösen Depression, den wir kurzweg als „Neurasthenie“ bezeichnen. Auch in manch anderer Art als bei afficirten Extremitäten und Gelenken hat meiner Meinung nach die Autosuggestion viel mit der Entstehung der Symptome, namentlich der hysterischen, zu thun. Dass eine lokale Lähmung eine sehr häufige Wirkung der Suggestion sein kann, ist nicht überraschend, wenn wir uns erinnern, wie sehr gewöhnlich lokale Verletzungen, und zwar nicht ernster Natur, bei Eisenbahnkollisionen sich finden. Das Gefühl von Schwere und Taubheit, welches einem Stosse folgt, insbesondere, wenn im Erregungsmomente die Person sich nicht bewusst war, irgendwo getroffen zu sein, ist sehr geeignet, Lähmung zu suggeriren. Es ist erstaunlich, wie oft nach einem Bahnunfall man Furcht vor Lähmung äussern hört, und man muss anerkennen, wie sehr real dem Patienten seine Furchtempfindung sein kann und wie schwierig es ist, sie aus seinem Denken zu beseitigen. In Mr. Thorburn's Bemerkung liegt viel Wahrheit (op. cit. p. 219), dass bei Bahnunfällen der Bewohnerschaft dieses Landes es anerzogen wurde, „Rückgratserschütterung mit Lähmung zu erwarten, und dass im Laienhirne die Erwähnung eines Eisenbahnunfalles die verlangte Idee weckte.“ Wenn der Leser sich dessen erinnern wird, was über traumatische Lumbago und ihre Geleitsymptome gesagt worden, wird er unschwer Mr. Thorburn's Bemerkung zu schätzen wissen; er wird auch nicht überrascht sein, dass hysterische Affectionen des Rückgrats nach Eisenbahnkollisionen vorkommen, deren Grundlage die beschriebenen Fascien- und Muskelverletungen sind.

Ein der Hypnose verwandter Zustand.

9. Eine Aehnlichkeit mit dem Hypnotismus sieht derselbe Autor in dem zur Zeit der Kollisionen vorhandenen Bewustseinsverlust. Eine Periode vorübergehender Bewusstseinstrübung, in welcher keine Einzelheit des Vorganges zu bewusster Wahrnehmung kommt, ist durchaus nicht ungewöhnlich, selbst bei jenen, die sicher angeben, keinen Stoss auf den Kopf empfangen zu haben, wo eine Gehirnerschütterung mit Bestimmtheit auszuschliessen ist. Ich habe dies stets als Zustand von Verwirrtheit betrachtet, als Resultat einer Schreckwirkung, ich fand niemals etwas Befremdendes darin, wenn einige Personen völlig ausser Stande waren zu berichten, was sich zugetragen, oder was sie selbst nach dem Unfalle thaten, da ihr Geist noch offenbar unter den Nachwirkungen des schaudervollen Ereignisses litt, der bedeutende und erschreckende Konstrast zwischen dem Jetzt und Ehedem sie dauernd beschäftigte. Mr. Thorburn geht noch einen Schritt weiter, er ist geneigt, diesen Zustand von Verwirrtheit als gleichartig der Hypnose anzusehen, und findet

darin eine Erklärung für die vielen seltsamen Handlungen der betroffenen Personen, und für die phantasievollen und ganz unglaublichen Geschichten, welche sie erzählen und selber unbedingt glauben. Er erwähnt Beispiele dieser Art, deren eines ich hier citiren will, da es die Geschichte eines Menschen ist, welcher Mr. Thorburn und mir selbst bekannt ist, und weil keine Entschädigungsfrage Zweifel an seiner Wahrhaftigkeit erwecken kann.

Thorburn schreibt: „Ein Herr, der mit mir zusammenreiste, sah auf einer Nebenstation den Zug, in welchem er weiterfahren sollte, ohne ihn abgehen. Er rannte hinterdrein, versuchte, ihn einzuholen, und stürzte auf die Schienen, wobei er glücklicherweise keine ernste Verletzung erlitt. Er schilderte später genau, wie er versucht habe, den dritten Wagen zu erreichen, wie er ausgleitend hinter demselben auf das Geleise gestürzt sei und die übrigen Wagen über ihn hinweggegangen seien. An dieser Schilderung hielt er fest, obgleich mehrere Bahnbeamte, welche den Vorgang beobachtet hatten, angaben, dass er, auf den letzten Wagen aufzuspringen versuchend, fehltrat und hinter dem ganzen Zuge niederstürzte, dass aber kein Wagen über ihn hinweg ging.“

In diesem Falle war klar die psychische Alteration, in welcher die Antosuggestion bei Entwickelung eines Symptoms traumatischer Hysterie hätte eine Rolle spielen können, wäre nur eine örtliche Verletzung vorhanden gewesen. Dies traf bei einem von Charcots-Patienten zu, dessen Krankengeschichte im Appendix zu seinen Vorlesungen angeführt wird. Mit Uebergehung vieler Symptome kann dieser Fall als Paraplegie bezeichnet werden, welche einer Verletzung, einer schweren Kontusion der Lenden und des unteren Abdomens folgte, die der Mann durch Ueberfahren von einem schweren Möbelwagen erlitten haben wollte. Dieses angebliche Ereignis beschäftigte ihn auch im Traume. Als Thatsache war aber bekannt, dass er überhaupt nicht auf diese Weise verletzt worden sei, sondern dass er auf den Bürgersteig heftig niedergestossen wurde, während er seinen Schubkarren zog. Er verlor sofort das Bewusstsein, blieb mehrere Stunden comatös, und war zwei oder drei Tage später in einem Zustande von Betäubung, ganz geeignet für Suggestionswirkung. Die Suggestion wurde hier hervorgerufen durch die abnormen Sensationen, welche Folge lokaler Verletzung waren. Der Allgemeinzustand, den dieser Mann bot, gleicht genau dem, welchen eine tiefe psychische Erschütterung einer Eisenbahnkollision zu Wege bringen kann. In diesem Zustande können die Betreffenden Dinge verrichten, für welche ihnen späterhin die Erinnerung fehlt, sie können zu der Annahme verleitet werden, dass sich Vorgänge abgespielt hätten, welche mit der Wirklichkeit stark contrastiren, und irgend eine

lokale Verletzung kann dabei, durch Suggestion, Ausgangspunkt einer bestimmten hysterischen Störung werden.

Oppenheim's Ansichten.

10. Der allgewaltige Einfluss psychischer Erschütterung und Erregung ist auch die starke Wurzel und Grundlage der Lehre Oppenheims, in seinem kurzen, aber höchst wertvollen Buche über die traumatischen Neurosen (Die traumatischen Neurosen, Berlin 1889). Die körperliche Verletzung, sagt er, ist nur zum Teil für die spätern Folgen verantwortlich. „Die Hauptrolle spielt das Psychische: der Schreck, die Gemütserschütterung.“ Seine Fälle betrafen meist Hospitalpatienten, und obgleich er sie von etwas anderem Standpunkte beurteilt, indem er in den Symptomen jeden Falles Anzeichen einer Psychoneurose erblickt, befindet er sich trotzdem in erfreulicher Uebereinstimmung mit dem im letzten Kapitel Gesagten. In der psychischen Störung sieht er den Grund, weshalb der Schmerz einer unbedeutenden Verletzung so anwächst, um jede Art ernster, dauernder Veränderung zu suggeriren. Die Verletzung hat natürlich, wie Oppenheim sagt, eine direkte Wirkung, diese ist aber in der Regel unbedeutend, vorübergehend, falls nicht die psychische Alteration ihren gewöhnlichen Charakter verändert und ihr die Züge eines dauernden Leidens verleiht. Das ist der bedeutende Einfluss der Schreckwirkung zur Zeit des Unfalles, sie erzeugt und beherrscht die Erscheinungen der traumatischen Neurose. Ein sehr eingehendes Studium seiner Arbeit führte mich zu der Ansicht, dass zwischen seinen und meinen Anschauungen kein bedeutender Unterschied bestehe, obwohl er allerdings mehr Wert dem psychischen Elemente beimisst, weniger der Nervenerschöpfung.

Zustand des Gehirns.

11. „Die Hauptrolle spielt das Psychische: der Schreck, die Gemütserschütterung“. — Das ganze Sensorium kann offenbar so befallen werden und wie bei geistiger Stumpfheit in einen Schlummerzustand geraten, mit verringerter Willenskraft, mit Anaesthesie und Analgesie, andererseits mit gesteigerter Thätigkeit niederer automatischer Centren, über welche das Gehirn die Kontrolle verlor. Der abnorme Zustand ähnelt dem hypnotischen Schlafe, besonders darin, dass die Symptome schwinden, wenn das nötige Stimulans das Gehirn aus seinem Erstarrungszustande aufscheucht. Das Stimulans kann in geistiger oder körperlicher Anregung bestehen: es kann allein in der lästigen Methode bestehen, den afficirten Teil von Neuem bewegen zu lernen, oder, wenn die Geistesthätigkeit erschlafft war, in der gesundheitsgemässen Uebung des Centralorgans. Nicht minder geheimnisvoll wie das schlummernde Sensorium ist die Thatsache, dass die tägliche Beobachtung des Krankheitsprozesses das Individuum zu befähigen scheint, absichtlich und immer leichter die befallene Gegend des Sensoriums in Erstarrung zu versetzen.

Wiederholung und Dauer der Krankheitsbedingungen machen die Hervorbringung der Symptome immer leicht. Der einmal Hypnotisirte kann leicht von Neuem hypnotisirt werden, und so wird schliesslich das „Medium“ der Mesmeristen oder sogenannten Spiritisten durch die frivolen Eingriffe in sein Seelenleben derart reducirt, dass er zum erbarmungswürdigsten Geschöpf unter der Sonne wird.

Gefahr des Andauerns.

12. Bei Besprechung der Symptome des allgemeinen Nervenshocks wurde bereits erwähnt, dass, wer willentlich sich dem Einflusse der Krankheit hingibt, Körper und Geist einer ausgedehnten Shockwirkung überlässt, von welcher loszukommen er schwierig finden wird. Dieselbe Bemerkung kann hier mit grösserem Nachdruck wiederholt werden hinsichtlich der funktionellen Störungen, welche der unnatürliche nervöse Zustand erzeugt. Denn darüber kann kein Zweifel bestehen, dass viele organischen Krankheiten nachgeahmte Zustände mehr oder weniger unter der Herrschaft des Willens stehen, und dass die Convulsionen ähnelnden Anfälle, — typisch in ihrem Charakter, — durch den Willenseinfluss ausgelöst werden können. Hierin liegt die Erklärung für jene „zufälligen“ Krämpfe, welche gerade dann auftreten, wenn es von höchster Wichtigkeit ist, dass sie gesehen und in ihrer Realität erkannt werden. Der Anfall selbst ist typisch in seiner Art, seine Erscheinungsweise liegt ausserhalb der bewussten Kontrolle des Individuum, aber sein Beginn steht unter der Willensherrschaft. Wie leicht die Hypnose bei oft hypnotisirten Personen erzeugt werden kann, schilderte Heidenhain folgendermassen: „Viele der Herren, an welchen die oben erwähnten Experimente angestellt wurden, brauchen nur sich niederzusetzen, die Augen zu schliessen und ernst an den kommenden Schlaf zu denken, mit dem Wunsche, sich willig seinem Zauber zu fügen“.[1])

Wie wir sahen, übt die Lösung der Entschädigungsfrage einen sehr günstigen Einfluss auf die Symptome des allgemeinen Nervenshocks. Auch in diesen Nachahmungszuständen von Nervenleiden schwinden die typischen Symptome häufig kurz nach Erledigung der Entschädigungsansprüche. Die qualvollen Gedanken um die Zukunft kommen zur Ruhe, und die Patienten haben es nicht mehr nötig, weiterhin in Sorge zu sein.

In Erwiederung auf die den hypnotischen Experimenten gemachten Einwendungen, sucht Heidenhain zu zeigen, dass ihre Wiederholung keine Gefahr bringt, doch erwähnt er Fälle, in denen Convulsionsattaquen jeden hypnotischen Versuch begleiteten; Patient

---

[1]) Animal Magnetism p. 86.

hatte stets vierundzwanzig Stunden lang eine „nervöse Reizbarkeit“.[2]) Ich selbst zweifle nicht, dass die Gefahr einer dauernden Schädigung des Nervensystems bei all denen sehr beträchtlich sein muss, welche, freiwillig oder nicht, der Hypnose sich unterwerfen, auch wenn keine Convulsionen oder „nervöse Reizbarkeit“ nachfolgt.

Die Hypnose ist kein natürlicher Zustand, es ist ein krankhafter; ihn wiederholen, heisst ihn dauernd machen, er wird ein fortbestehender Teil der individuellen Organisation. Nicht weniger Gefahr einer andauernden Schädigung birgt das lange Bestehen einer funktionellen Störung. Je länger sie besteht, um so mehr Anlass zu dauernder nervöser Alteration ist vorhanden; selbst wenn sie unter Wiederkehr des cerebralen Tonus schwindet, ist die Gefahr eines Recidivs infolge irgendwelcher Erregungsursache durchaus nicht gering. Daraus lässt sich die Lehre ziehen, dass je schneller die causa entfernt wird, um so besser es ist, und die Patienten soweit angängig von dem Schaden stiftenden Mitgefühl der Freunde verschont bleiben sollten. Es besteht wenig Aussicht auf Besserung oder Heilung, so lange der Patient es nicht für nötig findet, die erforderlichen Anstrengungen zu machen, und so lange seine Freunde, in Unkenntniss über die wahre Natur des Leidens, in missleitetem, falsch angebrachtem Mitgefühl die Beschwerden nähren, deren Fortbestehen dem Nervensystem verhängnissvoll wird. Deshalb ist die Diagnose von hohem Werte. Ist diese klar, so heisst es, dem Patienten bitteres Unrecht thun, wenn man sein Leiden zum Gegenstand eines Prozesses, eines lange sich hinziehenden Streits macht.

Kapitel V.

Die Schreck-Neurosen (Fortsetzung).

Inhalt: 1. Beispiele: Funktionelle Paraplegie bei Frauen. — 2. Bei Männern. — 3. Hysterische Anfälle, suggerirt durch Ohnmacht. — 4. Erbrechen und seine Suggestion. — 5. Hemianaesthesie bei Männern. — 6. Moralischer Wert. — 7. Hypnotische Katalepsie bei Männern. — 8. Drei Typen der Schreck-Neurosen. — 9. Gelegentliche Geistesstörungen.

Beispiele: Funktionelle Paraplegie bei Frauen.

1. Ich werde jetzt die vorhergehenden Bemerkungen durch die kurze Mitteilung mehrerer Fälle illustriren. Eine passende Klassifikation der sogenannten funktionellen Erkrankungen verhindert ihre Vielgestaltigkeit. Diese ist auch nicht von Nöten, da das Werk kein Lehrbuch der Nervenkrankheiten ist.

---

[2]) Op. cit. pag. 102 et seq.

Fall 16a. Fall funktioneller Paraplegie. — Rasche Erholung nach Erledigung der Entschädigungsansprüche. — V. S., Wittwe, 38 Jahre alt, kräftige, gesunde Mutter von sieben Kindern, erlebte eine Collision. Sie gab nicht an, stark verletzt zu sein, aber wenige Stunden später begann ein Schmerz oder vielmehr eine Paraesthesie im Kreuze sich einzustellen, welche sie als „Oeffnen und Schliessen“ beschrieb. Am nächsten Morgen setzte sie ihre Reise fort, da aber nach wenigen Tagen der Schmerz sich bedeutend verschlimmert hatte, ging sie in's Hospital. Dort lag sie drei Wochen zu Bett, an Schmerz und Steifigkeit im Kreuz und an allgemeiner Schwäche leidend. Drei weitere Wochen war sie dort ausser Bett, und machte dann eine Reise von 330 Meilen, um eins ihrer Kinder zur Schule zu bringen. Nach Erledigung der Angelegenheit reiste sie heim nach dem Orte, wo der Unfall stattgefunden hatte. Dort angelangt, — es waren genau zwei Monate seit dem Unfalle verflossen, — legte sie sich alsbald zu Bett, da sie an heftigem Rückenschmerz, einer Hyperaesthesie der Dorsal- und Lumbalgegend und allgemeiner Depression litt. Sie war nach der Collision ungefähr 15 Wochen fast ganz bettlägerig, als zufällig[1]) entdeckt wurde, dass Motilität und Sensibilität der Beine geschwunden war. Blasen-, Mastdarmfunktion war intakt, kein Muskelschwund. Die Lähmung schien absolut. Die Frau war zur Zeit überaus „hysterisch“ und klagte über Rückenschmerz und zahllose abnorme Empfindungen in verschiedenen Körperteilen. Die Ansicht bestand, dass diese Paraplegie nicht organischen Ursprungs sei. Obwohl also die Wiederherstellung aussichtsvoll erschien, konnte niemand angeben, wie lange die Lähmung bestehen oder wie bald sie schwinden würde. Sie wurde von einer vertrauenswürdigen Wärterin gepflegt, welche durchaus nicht im Verdacht stand, absichtlich den Zustand zu erhalten. In ihrem Zustande änderte sich nichts, bis, sechs Monate nach dem Unfalle, die Entschädigungsansprüche erledigt wurden. Vierzehn Tage später verliess sie das Hospital, nach drei Monaten ging sie ohne Assistenz umher, völlig genesen. Diesen Fall kann natürlich jemand als Simulation auffassen. Ich teile diese Ansicht nicht, und halte es für wertvoller zu erwägen, welche Umstände zur Paraplegie führten und welche die Genesung bedingten. Unzweifelhaft hatte die Frau eine Zerrung der Wirbelsäule und einen „Shock“ erlitten, von grösserer Bedeutung sind aber die langen und ermüdenden Reisen, welche sie nach dem

[1]) „Zufällig“, das ereignet sich gerade häufig bei hysterischen Affektionen. „Es ist notwendig zu wissen“, sagt Charcot, „dass Hemianaesthesie ein Symptom ist, nach dem man suchen muss, wie M. Lasègue ganz richtig bemerkt. Gar viele Patienten sind höchst überrascht, wenn sie von deren Vorhandensein hören.“ — Charcot, Diseases of the Nervous System, New Syd. Soc. 1877 p. 250.

Unfall innerhalb kurzer Zeit unternahm. Diese müssen mitgewirkt haben, nicht nur eine völlige Erholung von der ersten Attaque zu hindern, sondern die allgemeine Schwäche zu steigern. Nach der ersten Reise sah sie sich gezwungen, ein Hospital aufzusuchen, nach der zweiten und längeren Reise war sie so erschöpft, dass sie sofort zu Bette musste.

Zwei andere Fälle von Paraplegie, bei jungen Mädchen, zeigen dieselbe Anamnese. Der eine war dadurch bemerkenswert, dass nach der Collision das Mädchen ein Paar Stunden verwirrt, halb bewusstlos dalag, obwohl sie nur eine unbedeutende Rückencontusion durch einen herabfallenden Kasten erlitten hatte. Die Bewegung war schmerzhaft, sie musste zu Bett, und verlor allmählich die Gebrauchsfähigkeit der Beine. Diese wurden ganz kalt, zeigten aber keinerlei Ernährungsstörung, sowie normale Reflexe. Es trat keine Besserung ein, bis die Patientin in ein Hospital und unter passende Behandlung gebracht wurde. Wahrscheinlich gaben hier die oft constatirte Circulationsschwäche und Kühle der Extremitäten im Verein mit dem Schmerz bei Bewegungsversuchen die „Suggestion", mit dem Resultat, „Verlust der Motilität und Sensibilität. Bedenken Sie wohl, dass die Wirkung des Unfalles ein Zustand von Verwirrtheit war, es ist das ein Faktum von höchster Bedeutung inbetreff der Aetiologie.

Die unteren Extremitäten des anderen Mädchens waren ebenfalls kalt. Ausser der Paraplegie bestand noch das charakteristische Symptom, Flexion der Finger und Unfähigkeit, sie zu strecken, wenn sie dazu aufgefordert wurde, während die automatischen Bewegungen in durchaus normaler Weise von statten gingen.

Dass der Krankheitssitz solcher Fälle im Gehirn ist, zeigt häufig die Art ihrer Heilung. Ein plötzlicher Anlass, welcher den automatischen Gebrauch der Beine bewirkt, kann in einem Moment die Genesung herbeiführen, oder es wird eine Art Wiedererlernung notwendig, um die verloren gegangene Bewegungsfähigkeit herzustellen. Fälle, wie diese, können für Simulanten gehalten werden. Der Patient sagt: „Ich kann nicht", es sieht aus, wie „ich will nicht", doch es ist „Ich kann nicht wollen".

Bei Männern. 2. Die Fälle funktioneller Paraplegie waren typisch in ihrer Art, aber wir wollen noch Beispiele von Patienten aus dem ernsteren und gewöhnlich weniger hysterischen Geschlechte bringen.

Fall 17. Funktionelle motorische Paraplegie. — Heftige Gemütserschütterung. — Endliche Genesung. — T. B., 41 Jahre alt, stammt aus einer Familie, in welcher die Gicht sich forterbt. Er ist sehr erregbar und imstande, wie er sagt, im nächsten Zimmer eine Stecknadel zu Boden fallen zu hören. Er

erlebte eine sehr ernste Kollision, bei welcher der Wagen, in welchem er sich befand, in Trümmer ging. Er kroch hervor und setzte die Reise fort, aber nach einer halben Stunde verspürte er Brechneigung, Leibschmerzen und Frösteln. Er kehrte deshalb nach Hause zurück. Dort fanden sich unbedeutende Kontusionen an den Extremitäten und eine an der Stirn. Am folgenden Tage klagte er über Schmerz in der rechten Seite des Abdomens und dem untern Teile des Rückens, doch war an diesen Stellen nichts zu sehen, ebensowenig bestand Empfindlichkeit. Während der nächsten Tage schien er sehr krank zu sein, hatte heftige Kopfschmerzen, gelegentlich Brechneigung und phantasirte nachts. Drei Tage lang war die Temperatur erhöht. Er war sehr nervös und äusserte oft Furcht vor Kinnbackenkrampf und Lähmung. Drei Wochen nach dem Unfall klagte er noch über heftigen Schmerz in der Sacralgegend, doch war dort keine Empfindlichkeit nachweisbar. Auch „Taubheitsgefühl“ sollte in seinen Beinen bestehen, das Wort hatte für ihn aber nicht die Bedeutung einer herabgesetzten Empfindungsleitung, sondern einer gestörten Bewegungsfähigkeit. Es war keine Hyper- oder Anaesthesie vorhanden, aber sein Gehen, ein Forttasten von einer Stelle zur andern, geschah offenbar ängstlich und mit Anstrengung. Bei geschlossenen Augen trat kein Schwanken ein, in der Beinmuskulatur bestanden keine Spasmen. Temperatur, Puls und Körperfunktionen waren normal. Sein Allgemeinbefinden besserte sich, er konnte essen, besser schlafen, im Rollstuhl selbst das Haus verlassen. Indessen litt er noch immer an ausserordentlicher Gemütserregbarkeit, war sehr zornig und weinerlich. Die Angst vor Lähmung quälte ihn fortwährend, und wirklich verlor er die Fähigkeit, die Beine zu bewegen. Durch eine eigne, geniale Erfindung ward er fähig, sich mit Hilfe der Arme fortzubewegen, aber seine Beine kamen kaum in Thätigkeit. Acht Monate nach dem Unfalle war er völlig ausser Stande zu gehen, oder irgend eine gewünschte Bewegung mit den untern Extremitäten auszuführen. Der blosse Versuch hatte eine gewaltige Erregung zur Folge. Dabei bestand keine Blasen- oder Mastdarmlähmung, und die Sensibilität der Beine war nur ganz unbedeutend, wenn überhaupt verändert. Keinerlei Atrophie, keine Rigidität oder Spasmen. Cremasterreflex[1]) normal.

Neun Monate nach dem Unfalle, als er plötzlich die Nachricht vom Tode eines Freundes empfing, hatte er einen Anfall von Aphonie. Diese hielt drei Wochen an und verschwand dann ebenso plötzlich, wie sie gekommen. Er wurde nämlich durch eins seiner Kinder er-

[1]) Dieser Fall wurde zu einer Zeit beobachtet, in der man die Bedeutung der Patellar- und anderer Reflexe noch nicht kannte, allein der Cremasterreflex wurde geprüft.

schreckt, welches unverhofft ins Zimmer stürzte. Er litt auch oft an Uebelkeit und Aufstossen. Die geringste Erregung, wie der Besuch eines Freundes, machte ihn kränker. Es ist wirklich schwer, mit Worten dieses Patienten Gemütsstörung zu schildern.

Mir genügte es, dass die Lähmung nicht von organischer Läsion abhing, und elf Monate nach dem Unfalle berichtete ich an die Eisenbahngesellschaft, dass „die Ursache der Lähmung weit eher in Veränderung der Willensleitung zu suchen sei, als in auffindbarer Läsion des Gehirns oder Rückenmarks.“ Dabei bezweifelte ich durchaus nicht die Wahrheit der Krankheit, nur hielt ich es für unmöglich, ihre Dauer zu bestimmen, und war dessen gewiss, dass Prozesshändel Schaden stiften würden. Dem Patienten wurde der Rat erteilt, mit aller Macht Bewegungsversuche anzustellen, in täglicher Uebung den Gebrauch der Beine wiederzuerlernen. Ein Prozess wurde vermieden, und die Ansprüche, naturgemäss und mit Recht bedeutende, wurden in Güte dreizehn Monate nach dem Unfalle befriedigt. Durch die Freundlichkeit seines Arztes empfing ich späterhin öfters Nachricht. Lange Zeit that er nichts, verharrte in dem nervösen hysterischen Zustande, und erst vier Jahre nach dem Unfalle, nachdem er eine völlige Aenderung seiner Lebensweise und Beschäftigung vollzogen hatte, begann er sich zu erholen. Sieben Jahre nach dem Unfalle, im Jahre 1882, gab er folgende eigne Schilderung seines Zustandes: „Ich war vier oder fünf Jahre leidend. Ungefähr zwei Jahre benutzte ich zum Gehen Maschinen, später Krücken. Ich konnte mich nicht ohne Hülfe von meinem Sessel erheben. Eines Tages stand ich plötzlich auf, ohne es zu wissen. Mein Sohn rief: „Sieh, Vater, was Du gethan hast!“ „Ach, du guter Gott“, erwiderte ich, „ich bin allein aufgestanden.“ Seit jenem Tage kann ich ohne Schwierigkeit aufstehen. Um mein Rückgrat bin ich noch immer besorgt, und als vor wenigen Wochen ein Freund mich zum Scherz auf den Rücken schlug, war ich schrecklich beunruhigt, und konnte zwei Tage lang kaum gehen. Ich gehe jetzt neun Meilen ohne Ermüdung, reite täglich, habe an Gewicht zugenommen und fühle mich kräftiger als früher. Die Genesung schreibe ich der Aenderung meines ganzen Lebens zu.

Er war um diese Zeit ein Bild blühender Gesundheit, seine Beine funktionirten gut, Ernährungszustand und Reflexe waren normal. Ich sah ihn im Jahre 1890 wieder vollkommen gesund.[1])

---

[1]) S. den bemerkenswerten Fall von Dr. Webber (Boston. Med. and Surg. Journ. vol. X p. 44. 1872) „Erholung von vierjähriger Lähmung, welche einer Eisenbahnverletzung folgte.“

Fall 18. Vermutete Rückenmarksverletzung. — Spasmodische stossende Bewegungen eines Armes etc. — S. B., 33 Jahre alt, erlebte eine nächtliche Bahncollision, bei welcher eine grosse Anzahl Personen mehr oder weniger verletzt wurde. Er selbst wurde, soweit er wusste, nicht verletzt, es fanden sich auch niemals irgend welche Zeichen einer äusseren Verletzung. Er klagte jedoch darüber, dass er stark geschüttelt worden, und sah bleich und krank aus. Wenige Tage später stellten Rückenschmerzen sich ein und war er andauernd ängstlich besorgt wegen seines „Rückgrats“. Am ganzen Körper war keine Gewebsläsion auffindbar. In diesem Zustande verblieb er mehrere Wochen, alsdann begann er umherzugehen und verliess einmal oder zweimal das Haus. Um diese Zeit stellte sich ein eigenthümliches Zucken des linken Armes ein, welches folgendermassen geschildert wird: „Beim einem heutigen Besuche lag der Patient angekleidet auf dem Bett. Auf meine Aufforderung, sich in das nächste Zimmer zu begeben, that er es, anscheinend ohne Schwierigkeit. Er setzte sich auf einen Stuhl, als plötzlich der linke Arm und die Hand in scharfen, klonischen Schleuderbewegungen zu zucken begann, nicht unähnlich den choreatischen Zuckungen. Die Bewegung dauert fort, wenn sein Arm festgehalten wurde, und er gab an, sie nicht beherrschen oder hemmen zu können. Bemerkenswert war jedoch, dass sie völlig aufhörte, wenn er anfing, sich auszuziehen, sie wurde geringer, wenn seine Aufmerksamkeit durch Unterhaltung abgelenkt wurde, sie schwand auch, wenn er sein Denken auf einen andern Körperteil concentrirte. Gleichzeitig mit dieser Armbewegung trat ein andauerndes Hin- und Herschleudern des Kopfes auf. Es bestand keine Atrophie oder Herabsetzung der motorischen Kraft in den Gliedern. Er klagte sehr über den Rücken, über Berührungsempfindlichkeit in der mittleren Dorsal- und oberen Sacralgegend. Temperatur und alle Körperfunktionen waren normal. Der Zustand hielt unverändert ein Jahr an.

Zur Begründung der beanspruchten grossen Geldentschädigung wurde eine ernste Verletzung des Rückgrats angenommen. Es war aber keine structurelle Laesion des Centralorgans nachweisbar, der ganze Zustand war augenscheinlich mehr funktioneller Natur und zwar sehr wohl unterdrückbar, wenn nur der Patient seine Willenskraft forciren wollte. Diese Ansicht hatte eine starke Stütze in der früheren Anamnese. Schon zwölf Jahre früher hatte er eine Eisenbahnkollision durchgemacht. Er erlitt damals keine Körperverletzung, war aber sehr nervös und begann vier Monate später an spasmodischem Torticollis zu leiden, welcher vier Monate anhielt, und nach einem Intervall von zwei Jahren auf kurze Zeit wiederkehrte.

Es lag kein Anlass vor, Zweifel in die bona fides des Patienten zu setzen, wenngleich die Grösse der beanspruchten Entschädigung und der Verlauf des Leidens ihn nicht grundlos erscheinen lassen würden. Kaum war seine Angelegenheit geordnet, so schwanden alle Spasmen, er kehrte zur Arbeit zurück, und zwar, wie einer seiner Freunde es nannte, mit unpassender Hast. Nach meiner Ansicht war die Genesung dem Umstande zuzuschreiben, dass die Erledigung seiner Entschädigungsangelegenheit ihn in den Stand setzte, die zur Wiederaufnahme der Arbeit erforderliche Willensanstrengung aufzuwenden und dass die entsprechende Beschäftigung seine Aufmerksamkeit von seiner Person und seinen Leiden ablenkte, so dass unbewusst die Spasmen in Vergessenheit gerieten und alsdann schwanden. Einer späteren Mitteilung zufolge, fünf Jahre nach dem Unfalle, war er wohlauf, soll aber noch längere Zeit nach Erledigung seiner Angelegenheit nervös gewesen sein.

Diese beiden Fälle sind Beispiele unzweifelhafter Prädisposition zu nervöser Störung. Es ist unmöglich zu sagen, warum das Leiden gerade diese Form annahm, aber interessant ist die Thatsache, dass in beiden eine wirkliche Furcht vor einer Rückenmarksverletzung bestand, dass ferner im zweiten Falle der Schiefhals nach dem früheren Unfalle und die Chorea ähnlichen Bewegungen des Armes und Kopfes, nach einem Zwischenraum von nicht weniger als zwölf Jahren, Erscheinungen derselben Art waren. Die Fälle zeigen ausserdem, von welch hoher Wichtigkeit es ist, das frühere Leben des Patienten zu kennen und seine besondere Erkrankungstendenz, um eine genaue Diagnose zu stellen.

Hysterische Anfälle durch Ohnmacht suggerirt.

3. Fall 19. Shock des Nervensystems. Hysterische Anfälle, im Ohnmachtszustande beginnend. — R. C., 39 Jahre alt, Offizier, erlebte eine arge, nächtliche Kollision. Er erwachte in dem Momente und wurde in dem Wagen vorwärts und rückwärts geschleudert. Er glaubte, nicht beschädigt zu sein und leistete dem stark verletzten Heizer Beistand. Er vollendete dann seine Reise, indem, wie er annahm, „die Erregung ihn aufrecht hielt.“ Am nächsten Morgen fühlte er sich sehr elend und erbrach. Bald darauf stellten sich Schmerzen in der Lendengegend, eigentümliche Sensationen im ganzen Körper, Uebelkeit, Schwindel und Schlaflosigkeit ein. Am dritten Tage unternahm er eine Reise von mehreren hundert Meilen. Am zwölften Tage stürzte er plötzlich zusammen und stiess mit der Nase gegen die Tischecke. Er kam bald zu sich und schrie laut. Seine eigenen Worte lauten: „Der Anfall kam um 3 Uhr nachmittags; ich stürzte nieder und schrie laut, alsdann begann ich zu weinen und heftig zu schluchzen. Während dieser Zeit war ich benommen, obwohl ich wusste, dass Leute um mich waren,

und musste ich alle Anstrengung machen, mich in Schranken zu halten und zur Ruhe zu kommen. Als alles vorüber war, wusste ich nicht, was geschehen."

Er nannte diesen Anfall eine „Hysterische Attaque", und der Doctor, der ihn bald danach sah und ihn ziemlich benommen fand, hielt das für seinen normalen Zustand. Sechs Wochen nach dem Unfalle klagte er über Rückenschmerz, Verlust des Gedächtnisses, Unfähigkeit, sich zu beschäftigen, gelegentliche Schwindelanfälle, Übelkeit und Schlaflosigkeit. Er war abgemagert, aber alle Körperfunktionen waren normal. Er beschrieb den Anfall in den bereits citierten Worten und gab an, dass er seitdem zwei- oder dreimal, wenn auch nicht so heftig, wiedergekehrt sei. Wenige Minuten später hatte ich Gelegenheit, selber einen Anfall zu beobachten. Schreien leitete ihn ein, der Patient lag auf dem Sopha, mit geschlossenen Augen, bleichem Gesicht, kleinem Pulse. Er bemerkte mein Kommen nicht, seufzte aber zuweilen. Auf meine Frage nach seinem Befinden öffnete er die Augen und blickte wild um sich. Nachdem er erbrochen, stand er auf, fragte, wie lange ich bereits da wäre, und sagte, er befinde sich wohler. Bevor ich ihn verliess, war er in Schlaf versunken. Während der nächsten zwei Monate hatte er drei oder vier gleichartige Anfälle, wenn auch nicht mehr so heftig. Sechs Monate nach dem Unfalle war seine Entschädigungsangelegenheit erledigt. Zwölf Monate später litt er nur noch unbedeutend unter den Nachwirkungen der Verletzung, doch hinderte es ihn nicht, seiner Beschäftigung nachzugehen. Sechs Jahre nach dem Unfalle war er noch im aktiven Dienste.

Es ist nur noch zu erwähnen, dass der Patient wiederholt über seinen Zustand und seine Zukunft schrieb, und eine enorme Entschädigung beanspruchte, dreimal soviel, als er zuletzt erhielt.

Aus seinem früheren Leben ist nur bekannt, dass er sich einer guten Gesundheit erfreute, es ist deshalb die Frage nach dem Ursprunge seiner hysterischen Anfälle wohl berechtigt. Aller Wahrscheinlichkeit nach begannen sie mit der Syncope, welche eine direkte Wirkung der durch den Shock geschwächten Herzkraft war, und sie nahmen diese Form an, weil der Unfall einen tiefen Eindruck auf des Patienten Geist gemacht hatte. Seine Gemütsverfassung war eine derartige, dass er leicht beunruhigt wurde, und wenn nach der Ohnmacht das Bewusstsein teilweise zurückkehrte, schrie er hysterisch laut wegen der sehr natürlichen, gesteigerten Furchtempfindung. Jeder folgende Anfall begann auf dieselbe Art, mit einem Gefühl von Benommenheit, — vielleicht gar nicht bis zu wirklicher Ohnmacht sich steigernd, — und die dadurch erzeugte Ängstigung veranlasste das charakterische Schreien und Seufzen.

Mit rückkehrender Körper- und Herzkraft liessen die Anfälle an Zahl und Heftigkeit nach, bis sie allmählich schwanden. Mit andern Worten, die durch die Ohnmachtsanwandlung hervorgerufenen Empfindungen „suggerierten" die Anfälle, an denen dieser Mann litt. Gerade wie ein Schlag auf die Schulter Verlust der Motilität und Sensibilität in dem betroffenen Theile suggerieren kann, so können Störungen augenscheinlich rein psychischen Charakters in besonderer Weise sich manifestierende Veränderungen suggerieren.

Erbrechen und seine Suggestionswirkung.

4. Eine gleiche Erklärung scheint mir für das Symptom des andauernden Erbrechens in Frage zu kommen, dessen Ursprung sonst dunkel bleibt, und das irrtümlich als Zeichen einer schweren centralen oder andersartigen Krankheit gelten kann.

Fall 20. Nervenshock. Andauerndes Erbrechen. Eine gesunde Frau von 22 Jahren, Mutter eines Kindes, erlebte einen ganz unbedeutenden Bahnzusammenstoss. Sie wurde plötzlich vorwärts geschleudert und erhielt durch einen herabfallenden Kasten eine winzige Stichwunde der linken Stirnhälfte. Erst als sie Blut über ihr Gesicht rieseln fühlte, wusste sie, dass sie verletzt sei. Als sie 1½ Stunde später zu Haus anlangte, erbrach sie, und das trat nunmehr bei jedem Versuch der Nahrungsaufnahme ein. Niemals bestand das geringste Zeichen einer Magenverletzung. Vier Tage nach dem Unfalle hatte sie einen hysterischen Lach- und Weinkrampf, das wiederholte sich mehrmals im Verlaufe der nächsten vier Wochen. Sie klagte über durchschiessende Schmerzen in Nacken und Kopf, und über Schmerz, Empfindlichkeit und Hyperaesthesie der Dorsalgegend der Wirbelsäule. Nichtsdestoweniger bestand keine Rigidität, keine Erschwerung der Bewegung der Gliedmassen. Als ich sie einen Monat nach dem Unfalle sah, war keine örtliche Verletzung mehr vorhanden, aber die Pupillen waren weit, reagirten träge, das Kniephänomen war entschieden gesteigert, es bestand ein zweifelloser Fussclonus, wie er oft in ähnlichen Fällen sogenannter funktioneller Neurosen erscheint. Das Brechen hielt noch an, aber ohne Schmerz und mit ganz reiner Zunge. Sie war die ganze Zeit zu Bett gewesen und äusserst schwach geworden. Keine Temperatursteigerung. Eine neue Behandlungsmethode wurde begonnen, deren Zweck war, den Ernährungszustand durch oft wiederholte Aufnahme kleiner Mengen Milch und anderer leichter Nahrung zu heben, um möglicherweise durch die kleinen Mahlzeiten das Erbrechen zu mildern. Nach einem zweiten Monat hatte sich der Kräftezustand bedeutend gehoben, sie war imstande, auf und im Freien zu sein, die Pupillen waren enger, die Kniephänomene normal, der Fussclonus ganz verschwunden. Das Erbrechen hatte sich nicht viel gebessert, denn der Versuch, eine gewöhnliche Mahlzeit zu verzehren, rief es alsbald hervor. Der

Grund hierfür war nicht weit zu suchen. Die Patientin war im Dorfe Gegenstand besonderer Bemitleidung geworden, und ihre einzige Möglichkeit, die Mildthätigkeit ihrer Mitmenschen rege zu erhalten, bestand in der Fortdauer des Leidens. Die einzige Möglichkeit, ihr zur Genesung zu verhelfen, bestand in der Trennung von ihren Freunden, und diese Behandlung wurde angewandt. Es würde unwahr sein, wenn ich sagte, dass sie niemals wieder erbrach, denn im Laufe der nächsten drei Monate ereignete es sich noch zweimal, und diese zwei Male nur in der bekannten zweckbewussten Weise; aber das kann versichert werden, dass ihr Gesundheitszustand von dieser Zeit an sich besserte und sie zuletzt, neun Monate nach dem Unfalle, ganz gesund war.

Dieser Fall, denke ich, ist sehr lehrreich. Obwohl im Unfallsmomente kaum eine Körperletzung stattgefunden hatte, ist doch der Shock allein hinreichend gewesen, um 1½ Stunde später Erbrechen zu bewirken, und der psychische Effect war das Auftreten einer akuten Hysterie am vierten Tage. Die Realität der nervösen Störung wurde ausserdem bewiesen durch die Steigerung des Kniephänomens und den Fussclonus. Ein circulus vitiosus war rasch hergestellt, — mangelhafte Ernährung der Nervencentren, wie Gehirn und Rückenmark, deren Zustand wiederum den Brechreiz unterhielt. An dem Ursprung dieses Symptoms, welches die besondere Signatur des Falles bildete, kann somit kein Zweifel sein, und ebenso ist es klar, dass erst die Erkenntnis der Aufeinanderfolge der Erscheinungen die Behandlungsart diktierte, welche zur Heilung führte. Wäre diese Patientin zu Hause geblieben uud dort unter der Voraussetzung eines organischen Leidens behandelt worden, das Resultat würde sicherlich ganz anders ausgefallen sein. Ich hatte in den letzten acht Jahren gelegentlich einen jungen Mann beobachten können, der ganz ähnliche Symptome, wie diese Patientin, bot. Er war bei einer Kollision heftig geschüttelt worden und hatte einen starken Shock erlitten. Erbrechen begann nach vierundzwanzig Stunden und hielt seitdem, in der Stärke wechselnd, an. Eine wiederholte Untersuchung vermochte keine organische Ursache dafür zu finden. weder im Magen, noch im Peritoneum oder in den Nervencentren. Durch Ausschliessung aller anderen Möglichkeiten blieb endlich nur die eine Diagnose übrig, aber niemand konnte ihn überreden, sich der Isolationsbehandlung zu unterziehen. Dieser Fall bildet eine werthvolle Illustration für die Thatsache, dass Erledigung der Entschädigungsfrage nicht immer zur Genesung verhilft. [1])

---

[1]) In Dr. Bristowe's Krankheiten des Nervensystems, p. 40 ist ein interessanter Abschnitt „Das funktionelle Erbrechen der Hysterischen“, in welchem

Hemianaesthesie bei Männern.

5. Wir können jetzt die Hemianaesthesie besprechen, sicherlich eins der bemerkenswertesten Zeichen cerebraler Störung. Die Lehrbücher der Medizin und Nervenkrankheiten schildern so eingehend diesen seltsamen Zustand, sowie seine Varietäten und die Begleiterscheinungen in den Spezialsinnen, dass eine Beschreibung hier nicht von Nöten ist, ich werde mich deshalb mit einigen wenigen Bemerkungen an besonders dazu ausgewählten Fällen begnügen.

Fall 21. Hemianaesthesie und Hemiparese, folgend einer durch Schreck bedingten Hypnose. — Ein hochgradig nervöser, sonst gesunder Mann von 47 Jahren erlitt Kontusionen an Kopf, Nacken, Glutaealgegend, als er durch eine nicht gerade ernste Kollision im Wagen vorwärts und rückwärts geschleudert wurde. Er soll zwei Stunden bewusstlos gewesen sein. Bei der Ankunft zu Haus fand ihn der Arzt in starker Gemütserregung, weinend und stöhnend, und mit linksseitiger Hemiplegie. Es wurde damals keine Sensibilitätsprüfung gemacht, aber zwei Tage später fand sich eine komplete Anästhesie, ebenso waren Geruch, Geschmack, Gesicht, Gehör derselben Seite betroffen. Es bestand auch Verlust des Lagegefühls, Verschlechterung des Farbensehens und eine krampfartige Deviation der Zunge. Die Kniephänomene waren erhöht, Fussclonus war angedeutet. Drei Monate später waren die verschiednen Symptome weit schwächer vorhanden, die Zunge wich nicht mehr von der Mittellinie ab. Obgleich er imstande war zu gehen und Treppen zu steigen, war doch sein Gang, wenn er beobachtet wurde, besonders langsam und schwerfällig wegen der mangelhaften Gebrauchsfähigkeit des linken Beines, dessen Bewegungen auf die verschiedenste Art ausgeführt wurden und durchaus nicht charakteristisch waren. Das ganze Muskelsystem war äusserst schwach, aber nirgends atrophisch. Das Aussehen des Mannes zeugte von bedeutender Depression, aber er gab zu, dass er sich etwas wohler fühlte wie zuvor. Die Besserung hat weitere Fortschritte gemacht, nichtsdestoweniger ist der Fall erwähnenswert wegen des frühzeitigen Einsetzens der Symptome und wegen der Erscheinung, dass der Mann sofort in jenen Zustand von Verwirrung oder Bewusstlosigkeit geriet, welche eine wichtige Rolle in der Entwickelung des Leidens zu spielen scheint.

Durchaus nicht berechtigt erscheint die Annahme, dass eine wirkliche Gehirnerschütterung die Bewusstlosigkeit verursache, denn es hatte keine lokale Läsion stattgefunden, welche zur Erzeugung eines zweistündigen comatösen Zustandes hinreichend erschien, weit

er einen Fall berichtet, wo das Symptom zwei und ein halbes Jahr bestand, und von einer Reise über den atlantischen Ocean herrührte. Der Autor zweifelt, ob die Nahrung je den Magen erreichte, in gleicher Weise war es eine funktionelle Affektion des Oesophagus.

wahrscheinlicher hatte der Schreck allein es bewirkt. Warum in diesem besonderen Fall die funktionelle Störung als Hemiplegie und Hemianaesthesie erschien, ist ebensowenig zu erklären, wie die Erscheinung, dass Hemianaesthesie häufiger links als rechts sich findet. Der Verlust der Sensibilität trat gleichzeitig mit dem Schwinden der motorischen Kraft ein, indem beide aus dem hypnotischen Zustande sich entwickelten, welcher unmittelbarer Effekt des Unfalles war. In einem anderen Falle wurde die Hemianaesthesie am Tage nach dem Unfalle entdeckt.

Fall 22. Hemianaesthesie etc. etc. — Ein Mann, 43 Jahre alt, von nervösem Temperament, erlebte eine sehr unbedeutende Kollision, die ihn jedoch von seinem Sitze auf den Boden des Wagens warf. Er war später nicht imstande, über das Vorgefallene zu berichten. Es war augenscheinlich nicht verletzt und ging am folgenden Tage seinem Geschäfte nach. Bald brach er jedoch zusammen, und sein Arzt fand ihn in halb verwirrtem Zustande. Bei Prüfung der Sensibilität ergab sich deren Fehlen auf der ganzen rechten Seite und motorische Schwäche des rechten Beines. Es fanden sich weiter die andern Sinne afficirt, Störung des Muskelsinns, Krampf der Zunge, Ausserdem bestand eine Reihe neurasthenischer Symptome, Kälte der Extremitäten, besonders des rechten Beines, Hinterhauptschmerz Verlust des Sexualtriebs, stark erweiterte Pupillen.

Gelegentlich hatte er auch hystero-epileptische Anfälle. Viele Monate lang war eine geringe oder keine Besserung zu merken, am Ende eines Jahres war er noch arbeitsunfähig, die Hemianaesthesie bestand fort. Ob die endliche Lösung der Entschädigungsfrage die Anaesthesie verschwinden liess oder nicht, kann ich nicht sagen, ich halte es jedoch für höchst wahrscheinlich, denn sie machte der „Suggestion“ infolge der häufigen ärztlichen Untersuchungen ein Ende; das ist sicher, dass der Mann alsbald seine gewöhnliche Lebensweise wieder aufnahm, und neun Monate später bestand vollständiges Wohlbefinden.

Ich möchte durchaus nicht den Eindruck erwecken, als zweifle ich an der völligen Wahrheit des Falles. Natürlich waren die Hemianaesthesie und ihre Begleiterscheinungen zweifellos vorhanden, aber von Anfang bis zu Ende zeigte das Beispiel, welch schädlichen Einfluss die bevorstehende Entschädigungsangelegenheit in Fällen der Art hat. Halbseitige oder anders verteilte Unempfindlichkeit ist ein wertvolles Symptom. Sie ist der Ausdruck eines abnormen Gehirnzustandes, und nichts Schlimmeres kann es für einen Patienten geben, als dieses Symptom, durch fortwährende Untersuchungen stets von Neuem konstatirt. Ich wies bereits früher darauf hin, dass Bewegungen, welche wegen mangelnder Willenskraft nicht gelingen,

automatisch ausgeführt werden. Das Verständnis eines gleichartigen Vorganges im sensorischen Gebiet ist weit schwieriger wie im motorischen, aber man könnte soweit gehen zu behaupten, dass die Empfindungsqualität unmöglich unter dem Willenseinflusse stehen könne.

Die Wahrnehmung von Eindrücken, welche dem Sensorium von der Peripherie zuströmen, kann bewusst oder unbewusst sich vollziehen, und die Erfahrung aus einzelnen Fällen lässt mich der Annahme zuneigen, dass eine Person die Fähigkeit erwerben kann, Anaesthesie zu erzeugen. Jedenfalls gehört die Hemianaesthesie, obwohl sie thatsächlich bestehen kann, in die Symptomreihe jener Fälle, auf welche das folgende Citat aus Dr. Wilk's „Diseases of the Nerveos System“ mehr oder weniger passt: „Ich betrachte die Hysterie nicht als ein fingirtes Leiden oder einen Betrug; der Zustand mit all' seinen Aeusserungen ist real genug; aber er ist so oft mit einer moralischen Depravation verbunden, dass es sehr schwer ist zu sagen, wie weit ein Symptom simulirt oder übertrieben ist.“ Er führt einen Fall groben Betruges an, in welchem eine Wallfahrt nach Lourdes eine hervorragende Rolle spielt, und wo auch Hemianaesthesie vorhanden war.

Der moralische Wert der Hemianaesthesie.

6. Es würde ganz verkehrt und höchst ungerecht sein, anzunehmen, dass der moralische Defekt eine Eigenschaft all' der Personen sei, welche hysterische Symptome zeigen, doch wenn ein Zustand von Hemianaesthesie sich findet, muss die Möglichkeit gewisser bewusster Beeinflussung im Auge behalten werden.

Fall 23. Hemianaesthesie etc. Simulation? — Ein Mann von 51 Jahren erlebte einen ganz unbedeutenden Unfall, bei welchem er, wenn er überhaupt verletzt wurde, eine geringfügige Zerrung der Cervicalmuskeln erlitt. Er glaubte sich nicht verletzt bis zur Nacht nach dem Unfalle, wo er plötzlich aufschreckte. Am nächsten Morgen fühlte er sich erschüttert und nervös und konnte keinen Brief schreiben. Nachdem er eine Woche zu Bette geblieben war, wurde er von einem Chirurgen untersucht. Dieser wurde durch die Inconstanz der Angaben dazu geführt, die Wahrheit der genannten Symptome zu bezweifeln. Als ich ihn einen Monat später sah, bestand linkerseits Hemianaesthesie und motorische Schwäche. Während der Untersuchung bestanden Spasmen der Schulter- und Nackenmuskeln links, und er erklärte, gewisse Bewegungen, wie Handdrücken mit linker Hand und Herausstrecken der Zunge, nicht ausführen zu können, obgleich weder beim Sprechen, noch in den automatischen Bewegungen der Extremität eine Lähmung erkennbar ward. Die Spezialsinne waren in der gewöhnlichen Weise betroffen. Nach einem Zeitraum von zwei Monaten war eine nur unbedeutende

Besserung zu konstatiren. Wie lange dieser Zustand anhielt, kann nicht angegeben werden, da die erneute Forderung, den Mann von Chirurgen der Bahngesellschaft untersuchen zu lassen, mit der Begründung abgelehnt wurde, dass er zu krank wäre, um eine Untersuchung zu gestatten. Es wurde eine grosse Entschädigungssumme verlangt und die Sache kam vor Gericht. Dort wurde festgestellt, dass er während der ganzen Zeit, während er zu krank war, um sich einer Untersuchung zu unterziehen, seinen Doktor betrogen und ein sehr genussreiches Leben geführt hatte — nach Dunkelwerden. Er liebte wirklich die Dunkelheit mehr als das Licht. Alle Einzelheiten detaillirt zu schildern, dürfte nicht zweckmässig sein, mögen es die beteiligten Vertreter der Rechte und der Medizin thun; das aber kann ausgesprochen werden, dass die begleitende Uebertreibung und Betrügerei die vollständige Echtheit des Symptoms Hemianaesthesie bezweifeln liess. Kurz, was den Wert dieses Symptoms anlangt, so bin ich sicher, dass wir es nicht als untrügliches Zeichen der Echtheit betrachten können, einfach weil wir nicht wissen können, wie es zu Stande kam. Experto crede.

Hypnotische Katalepsie bei Männern.

7. Ich will jetzt zwei Fälle anführen, in denen der hypnotische Zustand noch mehr ausgeprägt war. Bei beiden Patienten war eine voraufgehende psychische Alteration constatirt, ausserdem war Geisteskrankheit in deren Familien vorgekommen.

Fall 24. Hypnotische Katalepsie etc. — B. A. B., 36 Jahre alt, ein kräftiger Mann, erlebte eine nächtliche Kollision, bei welcher eine grosse Anzahl Personen mehr oder weniger stark verletzt wurde, wenngleich der Unfall nicht ernst war. Er hatte ein oder zwei unbedeutende Kontusionen des einen Armes und eine Verstauchung des Handgelenkes. Die ersten Wochen nach dem Unfalle war nichts Besonderes zu bemerken, doch klagte er, dass er nicht sich aufrecht halten oder eine Strecke gehen könnte. Die Aerzte dachten, dass er die Wirkungen seiner Verletzungen übertriebe. Eine Woche später änderte sich plötzlich das Bild. Er wiederholte beständig, dass er wahnsinnig und gelähmt werden würde. Zur selben Zeit begann er, Gewaltmärsche im Schnellschritt zu machen. Darauf folgte eine starke Erschöpfung, während welcher er „phantasirte“, dann traten Attaquen auf, welche der beobachtende Arzt als „hysterische Manie“ beschrieb. Die letzteren hielten mehrere Tage an. Der nun folgende Zustand lässt sich folgendermassen schildern. „Er liegt im Bett auf der rechten Seite, die Knie angezogen. Er macht nicht die geringste Bewegung, wenn er angerufen oder durch die Bettdecke berührt wird. Es besteht ein beständiges Zittern der oberen Augenlider. Auf die Aufforderung, die Zunge hervorzustrecken, antwortete er nicht, obgleich er einige Anstrengung zu machen scheint, die Kiefer

zu öffnen. Beim Emporheben der Lider erscheinen die Pupillen gleich gross, auf Lichteinfall normal reagirend. Sein Gesicht erscheint vollkommen ruhig, aber es ist nicht völlig bewusstlos. Puls 56. Seine Arme und Hände verharren in jeder Stellung, die man ihnen giebt. Arme und Beine sind stark atrophisch, der ganze Körper erscheint abgemagert. Bei Kitzeln der Sohlen werden die Beine krampfhaft angezogen, Kneifen der Waden verursacht offenbar Schmerz, denn er seufzt und verzerrt sehr sein Gesicht. Berührung irgend einer Stelle der Brust oder des Abdomens macht den ganzen Rumpf, Gesicht und Arme krampfhaft erschüttern, die Beine werden oft ad- und abducirt. Die Bauchmuskeln sind bretthart.“ Gelegentlich soll er einen „Hysterischen Anfall“ haben, bestehend aus allgemeinen Krämpfen, die mit dem Ausdruck der Angst beginnen und ungefähr fünfzehn Minuten dauern. Eine erprobte Wärterin sagt, es seien keine epileptischen Anfälle. Er nimmt viel Nahrung zu sich, Milch oder Beef-Tea, aber wenig oder keinen Alkohol. Wasser trinkt er nur einmal in vierundzwanzig Stunden, zuweilen seufzt er vorher, als ob er der Wärterin ein Zeichen geben wollte. Stuhlgang erfolgt nicht ohne Klystier. Stundenlang liegt er absolut bewegungslos, und vor drei Wochen bewegte er einen ganzen Tag lang keinen Finger oder nahm er Wasser zu sich. Ein ernstes Symptom in diesem Falle ist der bedeutende Verfall. Nahrung, obgleich überreich zugeführt, scheint zur Aufrechterhaltung der Ernährungszustandes wenig beizutragen, und er sieht aus, als müsste er umsinken und sterben. Dieser Zustand hielt ungefähr sechs Wochen an, dann unter dem Einfluss grosser Alkoholdosen, begann er, aus seinem Zustande zu erwachen, sich im Bett zu bewegen, die Augen zu öffnen, festere Nahrung zu sich zu nehmen und auch leise zu sprechen. Er wurde zwar bald fähig, aufzustehen und umherzugehen, blieb jedoch sehr nervös und furchtsam und glaubte, nimmer zu gesunden. Sieben Monate nach dem Unfalle klagte er noch immer über seinen Rücken und ging in gebückter Haltung. Fragen wurden sehr zögernd beantwortet, und irgend ein verlangter Bewegungsakt, wie Herausstrecken der Zunge, schien eine übermässige Anstrengung zu beanspruchen. Von nun an schritt seine Besserung ständig fort, und acht Monate später war er so wohl, dass er die Erlaubnis erhielt, seine Entschädigungsangelegenheit zu ordnen.

Es ist erwähnenswerth, dass der Entschädigungsanspruch nicht beträchtlich war, auch war zu keiner Zeit Grund zu der Annahme vorhanden, dass die schwebende Entschädigungsangelegenheit des Patienten Geist übermässig beschäftige. Weit bedeutungsvoller ist die festgestellte Thatsache, dass er aus stark belasteter Familie stammte. Der Vater und ein Onkel waren „seltsam“, ein Bruder war in einer Anstalt gewesen, und seine Schwester war hysterisch.

Aus seiner eigenen Schilderung geht hervor, „dass er von allem, was um ihn vorging, Kenntnis nahm, dass er sich der Ankunft der Aerzte erinnerte, genau anzugeben wusste, wann mehrere anwesend waren, aber nicht zu sprechen vermochte und vermutete, dass seine Hirnthätigkeit gehemmt wäre. Für den Verlauf des Falles ist der folgende Bericht hinreichend, welchen ich zwei Jahre nach Erledigung der Entschädigungsfrage oder dreiunddreissig Monate nach dem Unfalle erhielt: „Seine Genesung war langsam, ohne Rückfall, fortgeschritten. Er heiratete sechs Monate nach Erledigung der Entschädigungsangelegenheit und hat einen Sohn von zwei Monaten. Er war inzwischen nicht krank gewesen, ist augenblicklich stark und kräftig und verreist diesen Monat auf einige Zeit.

Es ist unmöglich, die Symptome eines derartigen Falles von einer Läsion des Rückgrats abhängig zu denken. Der Mann hatte durch die gewaltige Körperanstrengung, welche die geistige Alteration einleitete, bewiesen, dass wirklich kein Zeichen von Lähmung oder Schwäche in den Beinen bestand, und der Rückenschmerz ganz unbedeutend war. Der Zustand bestand wirklich in schwerer geistiger Störung, welche bei einem aus schwer belasteter Familie stammenden Manne durch einen Shock, durch Furcht vor drohendem Unheil, zustande kam. Die höheren geistigen Fähigkeiten schienen im Momente in einer Art Schlummerzustand zu liegen, und der Vorgang glich dem von Heidenhain[1]) und andern beschriebenen hypnotischen Zustande, mit kataleptischen Erscheinungen combiniert.

Fall 25. Hypnotische Katalepsie. Täuschungen. — Fast völlig parallel dem letzten Falle ist der eines starken, gesunden Mannes von 30 Jahren, welcher eine Kollision erlebte und die gewöhnlichen Erscheinungen einer Rückgratsverstauchung und eines allgemeinen Nervenshocks bot. Seit langer Zeit liegt er in dem gleichen hypnotischen Zustande, wie der letzte Patient, abwechselnd mit Anfällen von Gewaltthätigkeit. Erwacht er, so ist er in dem Wahne befangen, vergiftet zu sein, deshalb wurde er, zehn Monate nach dem Unfalle, nach einer Anstalt gebracht. Dort blieb er sechs Wochen; in dieser Zeit nahm er einen eigentümlichen Gang an, welcher bis zur Erledigung der Entschädigungsangelegenheit anhielt, zwei volle Jahre lang, und die Annahme zu stützen schien, dass er

---

[1]) Bei der Schilderung der motorischen Störungen während der Hypnose sagt er: Es tritt mehr oder weniger ausgedehnte kataleptische Starre ein; die Glieder bleiben in jeder ihnen verliehenen Stellung stehen. Die Willenskraft ist allerdings nicht ganz einflusslos, tritt aber nur schwer in Aktion. Wird indessen eine bedeutende Anstrengung gemacht, die Teile in Thätigkeit zu versetzen, so resultirt, statt einer einfachen eine Krampfbewegung, welche über die andern Körperteile sich verbreitet.

eine andauernde Schädigung des Rückenmarks davon getragen habe. Seine Art zu gehen wurde so geschildert: „Er lässt seinen Körper von zwei Stöcken tragen, welche er nach vorn setzt, und zieht dann abwechselnd ein Bein nach dem andern vorwärts, den Fuss stark nach aussen flectirt.

Die Kniee hält er ganz steif. Auf diese Weise watschelt er mit bedeutender Schnelligkeit vorwärts. Selbst wenn er den Rücken gegen die Wand stützt, ist er nicht fähig, die Kniee zu heben.“ Der Ernährungszustand der Beine wurde sehr sorgfältig untersucht, ich erhielt kurz darauf folgende Angaben:

„Reflex- und faradische Erregbarkeit der Muskeln der unteren Extremitäten normal, Blase und Rectum intakt, keine trophischen Störungen. Es besteht keine Rigidität, Contractur oder Deformität der Beine. Ob die Sensibilität unversehrt ist, vermag ich nicht zu entscheiden, da der Patient die Beantwortung meiner Fragen verweigert. Meine Ansicht ist die, dass es einer der vielen Fälle ist, in welchem eine unbedeutende unwichtige Verletzung verschiedenartige psychische und hysterische Symptome zur Entwickelung bringt.“ Bei meinem letzten Besuch vor Erledigung der Entschädigungsansprüche klagte er mehr als je über seinen Rücken und schrie laut auf, wenn man seine Kleider berührte. Während er in seinem Rollstuhle sass, konnte er die Beine nach jeder Richtung bewegen, um ihn aber dazu zu veranlassen, war viel Uberredung nötig. Zuweilen erbrach er plötzlich ohne vorhergehende Uebelkeit oder Aufstossen. Der Aufforderung, im Zimmer umherzugehen, leistete er erst nach vielem Zureden Folge, und zwar in der vorher geschilderten Weise.

Während des Vorwärtschreitens zitterten die Beine nicht, wurden nicht, wie bei Degenerationsprozessen des Rückenmarks, bewegt. Späterhin machte er auf Aufforderung den Versuch, sich ins nächste Zimmer zu begeben, er stürzte aber alsbald zu Boden, so dass er aufgehoben und fortgetragen werden musste. Zwei Jahre nach dem Unfalle erhielt er, nicht ohne Prozess, eine sehr hohe Entschädigung. Kurz darauf verliess er sein bisheriges Heim und blieb eine Zeit lang verschwunden. Fast vier Jahre nach dem Unfalle sah ihn zufällig ein Arzt, der ihn behandelt hatte, und zwar vollkommen gesund und kräftig und als Vater eines zweiten Kindes. Vor dem Unfalle war er immer sehr reizbar gewesen, auch einmal vom Sonnenstich getroffen worden. Ob die Familie von Geisteskrankheit frei war, ist nicht zweifellos.

Dieser Fall musste hier erwähnt werden, da der Rückenschmerz ein hervorstechendes Symptom war, und einige eine ernste Rückgratsverletzung annahmen. Vom ersten Moment an wurde die Behandlung auf die Wirbelsäule gerichtet. Eine flüchtige Urinuntersuchung, bei

welcher der Urin, nachdem er einige Zeit gestanden, alkalisch befunden wurde, schien die Diagnose zu stützen, dass eine Verletzung des Rückenmarks stattgefunden hätte.

Es wird nicht überraschen, dass über die Natur dieses Falles weitgehende Meinungsdifferenzen zu Tage traten. „Täuschung“ auf der einen Seite, Sclerose der Seitenstränge mit vorausgehender Meningitis auf der andern, waren die beiden Extreme. Die Wahrheit lag in der Mitte, es war eine funktionelle Störung, und da die Annahme einer Rückenmarksläsion nicht gerechtfertigt erschien, war die Möglichkeit völliger Wiederherstellung aussichtsvoll. Die Lebensgeschichte des Patienten bewies, dass er zu psychischer Alteration disponirt war, aber mit Recht muss hinzugefügt werden, dass das Motiv, den nervösen Zustand zu erhalten, äusserst verlockend war. Dieser Patient hätte, wie ich glaube, weit eher als der frühere sich beherrschen können, und die Erscheinungsweise vieler seiner Symptome erweckt leicht den Anschein der Absichtlichkeit. Seitdem war der Mann von einem neuen Unfall betroffen worden, und zur Unterstützung seiner Entschädigungsansprüche nahm er wieder den eigentümlichen, früher geschilderten Gang an. Leider vergass er sich öfters und die frühe Erledigung seiner Angelegenheit war die direkte Folge. Ueber dieses besondere Symptom bedarf es nicht weiterer Worte. Einige Erscheinungen solches Falles können wahr sein, andere nicht, jedenfalls macht eine wirkliche psychische Alteration diesen Mann nicht widerstandsfähiger gegen die Versuchung, angesichts der Geldentschädigung Symptome zu erfinden oder zu übertreiben.

8. Wirft man einen Rückblick auf die angeführten Fälle, deren Zahl fast unbegrenzt hätte vermehrt werden können, so muss man bekennen, dass die Körperverletzung offenbar nur wenig mit den überraschenden Symptomen zu thun hat. Einer kann auf diese, ein anderer auf jene Weise verletzt sein, viele bleiben unbeschädigt. Die gemeinsame Entstehungsursache aller Symptome lässt sich am besten bezeichnen durch das eine Wort — Schreck. All die mannigfaltigen Symptome sind nur Erscheinungen einer Schreckneurose. Dies ist auch der Kern von Oppenheims Lehre in seinem bereits citirten Werke. Nach seiner Erfahrung und Ansicht nimmt jedoch die psychische Störung und Veränderung, fast zur Psychose sich steigernd, einen hervorragenderen Platz ein, als es nach meiner eignen Erfahrung der Fall ist oder in andern englischen Arbeiten angenommen wird. Demgemäss spricht er an einer Stelle von Angst, die zu krankhafter Mächtigkeit anwächst und reiht die grosse Mehrzahl der Fälle in die Kategorie traumatischer Neuropsychosen ein. Er hält weder die Bezeichnung „traumatische Hysterie“, noch „traumatische Neurasthenie“ für passend, die beide seine Fälle treffend

Drei Typen von Schreckneurosen

charakterisiren dürften. Ich glaube jedoch nicht, dass Neuropsychose ein Ausdruck ist, welcher für die Mehrzahl der in diesem Lande beobachteten Fälle passt, und ich bin geneigt, drei Typen funktioneller Nervenstörung, als Folge von Verletzung, zu unterscheiden: Der hysterische, in Frankreich beobachtet, der psychische, im markanteren Falle hypochondrische, in Deutschland gesehen, und der neurasthenische hier zu Lande. Indessen hängt die Beurteilung derartiger Fälle derart von der subjectiven Anschauungsweise ab, dass für mich es nicht überraschend sein würde, wenn Oppenheim in hundert englischen Fällen typische Beispiele seiner eigenen Neuropsychosen sähe, Charcot hundert deutsche für Hysterie erklärte, und ein englischer Beobachter in französischen und deutschen Fällen viele neurasthenische Symptome fände. Alle schildern meiner Ansicht nach dieselbe Erscheinung.

Gelegentlich vorkommende geistige Störungen.

9. Wenn Fälle der Art, wie Oppenheim sie schildert, in dieser Erscheinungsform meistens aufzutreten pflegen, so differirt, wie mir scheint, ihr Typus sehr von dem unseres Landes. Ich will nicht damit sagen, dass hier Fälle derartiger psychischer Alteration nicht vorkämen, aber sie sind jedenfalls weit seltener. In einigen von ihnen war die Ursache mehr als Schreck, es war eine Gehirnerschütterung, während in andren die Zeichen von Nervenerschöpfung und allgemeiner Neurasthenie überwogen. Thorburn erzählt von einer Frau, die nach heftigem Shock und Kontusionen in der Hexthorpe-Kollision eine linksseitige Hemianaesthesie acquirirte. Er schreibt (op. cit. p. 196): „Ihr Geisteszustand war auffallend. Sie blickte erschrocken, furchtsam, gleich einem wilden Tiere. Sie schenkte ihrer Umgebung wenig oder keine Aufmerksamkeit und nur mühsam war auch auf einfache Fragen eine Antwort zu erlangen. Zusammenhängend zu sprechen, war ihr unmöglich, Affectveränderungen, wie bei Hysterischen, bestanden nicht.“ Ein Jahr später war der Zustand geschwunden, nur eine Sensibilitätsstörung bestand fort. Zur Erläuterung des Falles sagte er, dass ausser der hysterischen Hemianaesthesie eine Zeit lang auch eine tiefe geistige Veränderung hysterischen Ursprungs vorhanden war.

Derselbe Autor beschreibt eine hysterische Melancholie mit gelegentlicher Suicidtendenz. Zur Ausführung seiner Absicht war es jedoch niemals gekommen, und nach Erledigung der Entschädigungsangelegenheit trat Besserung ein.

In einem ganz neuerdings von mir beobachteten Falle, der extrem neurasthenische Symptome bot, litt der Patient, ein Mann von 33 Jahren, wochenlang an tiefster geistiger Depression, sah nachts schaudererregende Gesichter und konnte wegen seines Selbstmordtriebes niemals allein gelassen werden. So geschützt, machte

er niemals einen Versuch. Als sein Zustand sich besserte, schwand auch der Gedanke, sich das Leben zu nehmen, aber so übermächtig war die Erinnerung an seinen früheren Geisteszustand, dass, Wochen später, er bedauerte, sich nicht getötet zu haben. Dieser Mann hatte eine sehr ernste Kollision mitgemacht, hatte Kontusionen an mehreren Stellen davongetragen, aber erst drei Stunden nach dem Unfalle, als er fern von der Unglücksstätte war, wurde er bewusstlos. Darauf setzten die Symptome der Nervenerschöpfung, mit unbedeutender, vorübergehender Hemianaesthesie verbunden, ein, und die geschilderte geistige Veränderung. Noch sechs Monate nach dem Unfalle, als die Besserung bereits begann, hatte er einen ängstlichen Gesichtsausdruck. Ich will nicht länger bei dieser Symptomreihe verweilen, da ihr Erscheinen hier zu Lande selten ist. Der Leser findet in Oppenheims Buch die nötige Belehrung.

Kapitel VI.

Behandlung.

Inhalt. 1. Die Rückgratsverletzungen: Behandlung der Zerrungen durch Ruhe, Wärme, Bewegung, Massage. — 2. Besondere Sorgfalt in Fällen von Verletzung der Wirbelgelenke oder des Rückenmarkes. — 3. Kein spezifisches Heilmittel für Neurasthenie: Brompräparate. — 4. Schlaflosigkeit. — 5. Körperernährung. — 6. Hysterische Fälle, Erfordernis der Entfernung aus der gewohnten Umgebung: Weir-Mitchell-Behandlung. — 7. Wert vollkommener Ruhe.

In diesem Kapitel werde ich die allgemeinen Behandlungsprinzipien der mannigfaltigen, bisher geschilderten Fälle erörtern. Ich wies bereits darauf hin, welch mächtigen Einfluss die schwebende Entschädigungsangelegenheit ausübe und darf sogleich hinzufügen, dass, bestände die Entschädigungsfrage nicht, die Behandlung viel leichter sich gestalten würde. Die Frage besteht jedoch, und so muss die Behandlung unter dem Gesichtspunkte erörtert werden, dass unsre Patienten ängstlich besorgt sind und den besten Willen haben, baldigst zu genesen.

1. Zu allererst sind, nach Rückgratsverletzungen, wie wir gesehen haben, Zerrungen des Muskel- und Ligamentapparates vorhanden. Dabei sind Schmerz und Steifigkeit zu heilen. Vorsicht ist nötig, damit nicht aus der angewandten Behandlung Nachteil erwachse. Deshalb ist eine klare Diagnose von hoher Wichtigkeit, eine sehr sorgfältige Untersuchung muss es erst zweifellos machen, dass die Verletzung nicht ernsterer Natur ist, denn die Behandlungsmethode, welche zur Hebung der Steifigkeit erforderlich ist, würde im Falle einer Knochen- oder Meningenverletzuug verschlimmernd wirken.

In den Anfangsstadien dienen Ruhe und Wärme am besten zur Linderung der Spinalschmerzen, Ruhe in Form von Bettlage, Wärme in Gestalt von andauernder Anwendung heisser Umschläge. In jedem Falle ist die Frage zu erwägen: „Wie lange soll der Patient zu Bett bleiben?“ Die Antwort richtet sich nach dem Grade der Verletzung, dem Charakter der Schmerzen, der Zerrung der Wirbelsäule. In sehr wenigen Fällen dürfte der Patient länger als drei Wochen zu Bett bleiben müssen, in vielen ist es entschieden von Vorteil, wenn er früher aufsteht. Denn je länger er in Rückenlage ruht, — die Ruhe, das möge erwähnt werden, soll der Subcutanverletzung Zeit zur Heilung geben, — um so wahrscheinlicher ist es, dass er späterhin an Steifigkeit leiden werde. Es ist der gleiche Vorgang, wie er nach Ruhigstellung von Gelenken der Extremitäten sich abzuspielen pflegt. Der Mann muss auf sein und umhergehen; nicht übermässige gymnastische Uebungen jeden Tag, so wie er zu Haus sie anstellen kann, werden beitragen, eine Zunahme der Rigidität zu verhüten, wie bereits bestehende zu beseitigen. Hierbei zeigt es sich, dass der Schmerz beim ersten Bewegungsversuche ihm weitere Muskelbewegungen nicht ratsam erscheinen lässt. Die seiner wartende Entschädigung bestärkt ihn noch wahrscheinlich in seinem Entschlusse, und so fallen leicht alle Versuche, ihn zum Umhergehen anzuspornen, fruchtlos aus. Die Steifigkeit nimmt zu, macht ihn immer unfähiger, und es wird vielleicht nötig, eine kräftigere Behandlung eintreten zu lassen. Die Massage ist von unschätzbarem Werte bei Behandlung von Zerrungen und andern Verletzungen in der Umgebung der Wirbelgelenke, und neuerdings fand die Praxis sogar Eingang, verstauchte Gelenke, auch Frakturen in deren Nähe, durch sofortige Massage ohne vorausgehende Ruhezeit zu behandeln. Dieselbe Methode ist für die Steifigkeit bei verstauchtem Rückgrat zu empfehlen, doch muss sie systematisch ausgeführt werden und mit Vermeidung übermässiger Kraftaufwendung. Besonders muss in jenen Fällen dieser Rat beachtet werden, wo Spinalschmerz und begleitende Steifheit eher durch übergrosse Empfindlichkeit entstehen, wie durch eine Verletzung, Der lästige Muskelschmerz, welcher in allen Fällen chronischer, erschöpfender Krankheit aufzutreten pflegt, (wir haben gesehen, wie gewöhnlich nach Bahnunfällen eine allgemeine physische und geistige Erschöpfung eintritt), wird nicht durch die kräftigen Manipulationen des Masseurs geheilt, wenn nicht zu gleicher Zeit zur Besserung und Wiederaufrichtung der allgemeinen Körperernährung etwas geschieht. Diese Behandlungsmethode ist gewöhnlich wirksamer, als die Faradisation der Muskeln, wenngleich diese und die von De Watteville empfohlene Galvano-Faradisation mächtige Hülfsmittel sind, um die Muskelernährung zu

bessern, die Muskelfasern in Thätigkeit zu setzen und die Steifigkeit zu heben. Das ist ja der Hauptzweck, zeitweilig unthätige Muskelfasern zur Aktion zu bringen, etwaige Adhäsionen benachbarter Ligamente zu zerstören. Aus diesem Grunde ist das Glüheisen, so heiss, wie der Rücken es vertragen kann, oftmals ein wunderbares Heilmittel. Die Wärme ist an sich gut, die Reibung regt die lokale Circulation der Kapillaren und Lymphbahnen an und stellt sie wieder her. Die Applikation eines hohen Hitzegrades auf die Haut lässt den Patienten zurückschrecken und zwingt die Muskelfasern zur Bewegung, wozu die Willenskraft nicht ausreichte.

Von der Behandlung dieser Rückgratsverstauchungen mit starren Verbänden rate ich ab; sie schieben nur eine Therapie auf, welche später doch erforderlich wird, sie steigern die Rigidität und machen die Nachbehandlung unangenehmer und schwieriger. Nichtsdestoweniger ist es sicher, dass den Patienten zur Zeit, wo sie umherzugehen anfangen, ein Gürtel zuweilen Erleichterung verschafft, denn er stützt und wärmt den geschädigten Teil. Erleichterung verschafft auch zuweilen ein über die Lenden gelegtes Belladonnapflaster oder irgend ein anderes, aber als Thatsache besteht, dass die beste Linderung durch tägliche Uebung erzielt wird. Eine nervöse, gichtische oder rheumatische Diathese kann in all diesen Fällen störend wirken, und ein derartiges Element sollte bei Erwägung der Behandlungsfrage niemals ignorirt werden.

Besondere Sorgfalt bei Verletzung der Wirbelgelenke und des Rückenmarkes.

2. Während in der grossen Mehrzahl der Fälle, welche uns zur Beobachtung kommen, entweder eine einfache Zerrung oder eine Myalgie infolge einer Störung des Allgemeinbefindens vorliegt, sind die wenigen, in welchen eine ernstere Verletzung stattfand, von grosser Wichtigkeit. Wenn wir feststellen können, dass eine, vielleicht mit Synovitis combinirte Entzündung eines kleinen Wirbelgelenkes oder eine örtliche Meningenverdickung besteht, wird natürlich eine ganz andere Behandlungsmethode Platz greifen müssen. Ruhe, Ruhe des afficirten Teiles besonders, muss dringend verlangt und die Resorption der Entzündungsprodukte befördert werden. Liegt ein Verdacht auf Syphilis vor, so muss auch diesem Faktor Rechnung getragen werden in Gestalt einer specifischen Behandlung, vor Allem jedoch ist Haupterfordernis, dass der Patient unter sorgsamer Beobachtung bleibe.

Kein spezifisches Heilmittel für Neurasthenie: Bromide.

3. Gehe ich nunmehr zu den Symptomen über, welche oft die Rückgratsverstauchung begleiten und in ihrer Gesammtheit das Bild der Neurasthenie darstellen, so muss deren wirksame Behandlung in forcirter Körperernährung bestehen. Was die medikamentöse Therapie anlangt, so will ich nachdrücklichst hervorheben, dass wir ein specifisches Mittel nicht kennen. Wir wissen es alle, wie sehr die Mode

in der Medizin wechselt. Zur Zeit, als die Brompräparate für fast jedes Nervenleiden Verwendung fanden, war die Ansicht vorherrschend, dass eine sedative Wirkung wirksam sei zur Beruhigung der Nerven. In dem Anfangsstadium heftigen Shocks, mit Schlaflosigkeit, Erregtheit u. s. w. ist es sicher, dass die Bromide gelegentlich beträchtliche Erleichterung schaffen; trotzdem aber jeder eine Dosis Brom ohne Nachteil nehmen kann, ist sein andauernder Gebrauch wahrscheinlich schädlich. In meinem früheren Werke und in einer besonderen klinischen Vorlesung über den Gegenstand[1]) versuchte ich nachzuweisen, dass oftmals die Behandlung dieser Fälle mit Brom, über einen langen Zeitraum sich erstreckend, grossen Nachteil bringe. Es ist unbedingt richtig, dass die Genesung vieler Patienten erst begann, als der Bromgebrauch sistirt wurde. Die nachteilige Wirkung zeigt sich in allgemeiner körperlicher und geistiger Depression, reizbarer Gemütsstimmung, anhaltender Erschöpfung, Unfähigkeit zur Arbeit, geistiger Trägheit, Verlust des Gedächtnisses, Gefühl äusserster Schwäche, Verzagtheit und Weinerlichkeit, Verlust oder Verminderung des Sexualtriebes. Man wird anerkennen, dass diese Symptomgruppe die allgemeine Nervenerschöpfung nach Eisenbahncollisionen charakterisirt, es ist daher gewiss, dass der anhaltende Bromgebrauch sie wahrscheinlich nachteilig beeinflusst und ihr Verschwinden hemmt. Wie Dr. Austic vor vielen Jahren nachwies, vertragen nur robuste Individuen ihre längere Anwendung. Der schädliche Bestandteil des Salzes ist das Kalium. Es verdient daher, wenn nur Schlaf und Beruhigung erzielt werden soll, das Bromnatrium oder Bromammonium den Vorzug.

Schlaflosigkeit.

4. Die grösste Schwierigkeit bereitet es, dem Patienten Schlaf zu verschaffen, fast die ganze Pharmokopoe wird in Anwendung gezogen, doch ohne Erfolg. Der wirksame Bestandteil des Opium, des Morphium, ist oft am wenigsten schädlich, auch Sulfonal und Chloral bringen zuweilen Nutzen. Ich habe jedoch kein Vertrauen zu einem Heilmittel, keines ist unfehlbar. Der Patient befindet sich oft viel wohler ohne sie. Alkohol nützt unter diesen Umständen wenig oder gar nicht. Das steht ein für alle Male fest, dass Patienten mit allgemeiner Nervenerschöpfung ihn nicht vertragen. In der Mehrzahl der Fälle wirkt jedoch nicht der Mangel an Schlaf so nachteilig, sondern die mangelhafte Nahrungsaufnahme.

Körperernährung.

5. Es wurde bereits darauf hingewiesen, wie oft Verdauungsstörungen die Symptome der allgemeinen nervösen Erschöpfung zu begleiten pflegen, doch sie sind mehr als Begleiterscheinungen, sie

[1]) Medical Times and Gazette „The Abuse of Bromide of Potassium“ vol. i. April 4. 1885.

stellen wichtige Kennzeichen des Zustandes dar; es ist einfach ein unvermeidbarer Teil des Zustandes, dass ein Patient nicht gewöhnliche Nahrung in der gewöhnlichen Weise zu sich nehmen kann. Sollte er auch bei der sonstigen Zahl seiner Mahlzeiten beharren, so bleibt es doch sicher, dass die Nahrungsmittel nicht genügend verarbeitet werden. Das schnelle Schwinden der Körperkräfte, welches zuweilen beobachtet wird, ist oft mehr dem Mangel an Nahrung zuzuschreiben, wie irgend einer direkten Wirkung auf das Centralnervensystem selbst. Es muss deshalb leicht assimilirbare Nahrung in kleinen Quantitäten und kurzen Interwallen verabreicht werden, und weder bei Nacht, noch am Tage sollte der Patient lange ohne diese bleiben. Gerade wie die Genesung oft einsetzt, wenn der Gebrauch von Bromkalium ausgesetzt wird, so sieht man oft eine Besserung in dem Momente beginnen, wenn dieser Ernährungsweise specielle Sorgfalt zugewandt wird. Was hat sie zur Folge? Ein erhöhtes Gefühl körperlichen Wohlbefindens, eine Verminderung der aus der leichten Muskelermüdung resultirenden Schmerzen, und vor allem, sehr oft die Wiederkehr eines natürlichen Schlafs. Eine derartig gehandhabte Ernährungsweise durchbricht den bestehenden circulus vitiosus.

Die Notwendigkeit der Isolirung bei Hysterischen: Die Weir-Mitchell Kur.

6. Es giebt noch eine zweite Reihe von Fällen, in denen die freiwillige Nahrungsaufnahme erschwert ist, und wo vielleicht ein entschieden hysterisches Element die Scene beherrscht. Symptomatische Behandlung allein ist da nicht statthaft; der Patient muss als Ganzes behandelt werden. Entfernung aus der gewohnten Umgebung ist die wichtigste Bedingung, und es giebt vielleicht nur wenig Fälle, in welchen die Weir-Mitchell Kur, — Isolation, Massage und excessive Nahrungsaufnahme, — mit solcher Wahrscheinlichkeit gute Resultate zu zeitigen vermag. Die Isolirung befreit ihn von dem verderblichen Mitgefühl seitens seiner Freunde, welches die Aufmerksamkeit des Patienten auf sein Leiden wach erhält und nährt, und die Fütterung im Verein mit Massage beschafft die Nahrung und sorgt für das physiologische Stimulans einer Körperübung, deren er so sehr bedarf. Es hat oft grosse Not, Patienten zum Beginn derartiger Behandlung zu veranlassen. Hier kann ich nicht mehr thun als schildern, wie wohlthätig es wahrscheinlich wirken werde. Die Isolirung verhindert gleichzeitig eine oftmalige Untersuchung des Patienten, die sehr geeignet ist, nervöse Symptome lebenskräftig zu erhalten.

Wert völliger Ruhe.

7. Bei jeder nervösen Erschöpfung ist Ruhe das wichtigste Erfordernis, keinesfalls darf durch Ueberanstrengung eine Verschlimmerung der Symptome herbeigeführt werden. Wenn ein Mensch sein Bein gebrochen, ist er unbedingt zur Ruhe verurteilt, ganz anders aber verhält es sich mit einem Menschen, der bei einem Unfall keine

Körperverletzung davontrug. Einen solchen davon zurückzuhalten, dass er am folgenden Tage die Arbeit aufnehme, kostet viel Mühe. Er fühlt sich zwar nur wenig erschüttert, trotzdem ist ihm Ruhe für eine Zeit sehr rätlich. Sicherlich ist in gar vielen Fällen die Heftigkeit und Ausdauer der Symptome in erster Linie auf die fehlende Ruhe zurückzuführen. Mögen die ersten Symptome noch so unbedeutend sein, die vorsichtshalber angeordnete, völlige Ruhe ist stets nützlich; in einem späteren Stadium kann von vollkommener Ruhe sicherlich nicht die Rede sein, wenn ein Mensch wegen der Schadenersatzfrage bekümmert ist.

Kapitel VII.

Simulation.

Inhalt. 1. Simulation und Uebertreibung: Die Haltung der Gliedmassen bei Gelenkerkrankung. — 2. Tympanitis. — 3. Blutung. — 4. Gebrauch von Atropin. — 5. Vorausgehende Krankheiten. — 6. Simulation einer Lähmung und andrer Symptome von Nervenverletzung. — 7. Hysterische Störungen, nicht notwendig gefälscht. — 8. Simulation nach Eisenbahnunfällen und ihr Motiv. — 9. Besorgnisse wegen rechtmässiger Entschädigung. — 10. Aehnlichkeit in der Art zu betrügen. — 11. Uebertreibung unbedeutender Verletzungen und Beispiele falschen Nervenshocks. — 12. Relativer Wert objectiver Zeichen und subjectiver Symptome. — 13. Wichtigkeit einer genauen Vorgeschichte. — 14. Die „Neuromimesis.“ — 15. Das gleichzeitige Vorhandensein sensibler Veränderungen. — 16. Algemeines Verhalten des Simulanten.

Simulation und Uebertreibung.

1. „Ist der Zustand wirklich oder erdichtet?“ ist eine Frage, welche wir in der Praxis uns zuweilen vorlegen. Eine richtige Antwort ist von grosser Bedeutung für Doktor und Patienten. Ich beabsichtige deshalb, eingehender die Art der Simulation zu erörtern, welcher wir nach Verletzungen bei Bahnunfällen, oder ohne Verletzungen begegnen. Es kann indessen von Wert sein, zuerst einige der Punkte zu betrachten, welche eine richtige Erkenntnis, ob Wahrheit oder absichtliche Uebertreibung, ermöglichen.

Besteht die Klassifikation von Ogsten, der erdichtet, künstlich, übertrieben oder verschlimmert annimmt, zu Recht?

Es ist eine gewöhnliche Erfahrungsthatsache, dass den meisten erdichteten Krankheiten etwas Thatsächliches zugrunde liegt oder Symptome einer früheren Verletzung in der Absicht zu betrügen, wieder aufleben. Vertrautheit mit den Erscheinungen und der Vorgeschichte des Leidens kann deshalb allein in den Stand setzen, mit Sicherheit sich über die wahre Natur einer besondern Krankheit auszusprechen, und die Verstösse zu entdecken, welche der Simulant so oft begeht.

Eine sorgfältige Prüfung der Gelenkstellung liefert oft den sichern Beweis, ob ein Leiden vorliegt oder vorgetäuscht wird.

Gesetzt, ein Mann wünscht, seinem lauten Wehklagen entsprechend, einen Krankheitsprozess eines Gelenkes zu simuliren, so wird er voraussichtlich dem angeblich kranken Gliede eine falsche Haltung geben oder manchmal schildern, das Gelenk sei steif geworden, und es sei unmöglich, den Arm oder das Bein zu bewegen. Es ist nicht erforderlich, hier an die allbekannten Ursachen von Gelenksteifigkeit und Ankylose zu erinnern; der leicht zu führende Nachweis, dass keine von ihnen vor Beginn des Leidens, wie in seinem Verlaufe, zur Wirkung kam, erscheint hinreichend, um Verdacht zu schöpfen. Der Argwohn wird zur Gewissheit, wenn eine sorgsame Beobachtung der fraglichen Person gestattet ist.

Ein Mann klagte, dass er wegen Steifigkeit des rechten Ellbogengelenkes und Unfähigkeit, den Arm zu strecken, nicht zu arbeiten vermöchte. Er gab an, einen Monat zuvor auf seinen Ellbogen gestürzt zu sein, aber aus seinen Antworten erhellte, dass die Verletzung nicht ernster Natur gewesen war. Ein Vergleich beider Gelenke ergab keine Differenzen. Da er bei der Untersuchung Biege- und Streckversuchen kräftigen Widerstand entgegensetzte, so versuchte man, durch Ablenkung der Aufmerksamkeit einen Erfolg zu erzielen, indem man ihn nach der entgegengesetzten Richtung blicken liess uud nach gleichgültigen Dingen fragte, sofort war unschwer eine natürliche und volle Streckbewegung ausführbar. Eine Kopfwendung gegen das afficirte Glied hatte alsbald eine aktive Flexion bis zu dem ursprünglichen Grade zur Folge. Bei gleicher Versuchsanordnung liess sich auch eine völlige Flexion zustande bringen. Gleichzeitige Untersuchung beider Arme schien ihn zu verwirren, denn er klagte auch über Druckschmerzhaftigkeit, wenn das gesunde Glied berührt wurde. Solche Inconstanz, wie sie hier beobachtet wurde, sollte stets Argwohn wecken.

Ein Mann verlangte von einer Eisenbahngesellschaft eine bedeutende Entschädigung für Steifigkeit seines Ellbogens und Unfähigkeit den Arm zu bewegen, welchen Defekt angeblich eine Collision bewirkt haben sollte. Als er sich durch die Urteilsverkündigung in seinen Erwartungen getäuscht sah, hob er die Arme in die Höhe und rief: „Mein Gott! Ich bin ein ruinirter Mann.“

2. Ein Betrüger kann auch einen Zustand vorzutäuschen suchen, welcher, an sich beunruhigend, doch bedeutungslos erscheint, sobald eine vollkommne Untersuchung vorgenommen wird. Tympanitis.

Ein Gefangner klagte über starken Schmerz und Schwellung des Abdomens. Obgleich der Leib enorm ausgedehnt und tympanitisch erschien, war doch kein anderes Zeichen einer Krankheit nachweisbar. Nach einer Beobachtung von wenigen Tagen kam der Chirurg zu der Ueberzeugung, dass der Mann das Symptom absichtlich durch Luftschlucken

hervorbrachte. Deshalb sagte er, laut genug, dass der Gefangene es hören konnte, zu dem Wärter: Wenn ich morgen komme, werde ich ein Instrument mitbringen, um das Leiden zu beseitigen." Am Morgen war die Tympanitis geschwunden.

Blutung. 3. Weit öfter versichern Patienten, dass sie starke Darmblutungen hätten. Der Simulant weiss nicht, dass eine profuse Blutung ganz bestimmte Symptome macht. Wer sah jemals einen Menschen nach grossem Blutverlust mit roter Lippe, frischem Aussehen und ruhigem Pulse? Sollte nicht dies Bild blühender Gesundheit uns warnen, einen Krankheitsprozess zu vermuten? Würden wir nicht fehlerhaft handeln, wenn wir, ohne dem Allgemeinbefinden Aufmerksamkeit zu schenken, auf die Angaben des Patienten allein vertrauten und das Blut untersuchten? Durch Vernachlässigung all der einfachen Vorsichtsmassregeln wurde in einem Falle eine falsche Diagnose gestellt, wo Blutmengen gezeigt wurden, die angeblich per rectum gekommen waren, die aber von einer andern Person stammten; derselbe Vorgang spielte sich in einem zweiten Falle ab. Beides waren Fälle von Betrug nach Bahnunfällen, der bald erwiesen wurde, und doch erreichten sie ihre Absicht. Ganz gewiss ist man berechtigt, wenn das Gesammtbild der Erfahrung widerspricht, eine Ursache des Paradoxons nicht auffindbar ist, sofort zu sagen: „Unmöglich, unwahr!"

Atropingebrauch. 4. In dieselbe Kategorie gehört die Pupillenerweiterung nach Gebrauch von Atropin. Diese Angabe ist von grosser Wichtigkeit da ich in einem früheren Kapitel zeigte, welch wertvolles Zeichen eine weite, träge reagirende Pupille ist. „Atropin oder Belladonna sich zu verschaffen", schreibt Mr. Hutchinson, „ist dem Publikum jetzt so leicht gemacht, dass wir nicht überrascht sein dürfen, wenn wir eine Mydriasis finden, welche durch zufälligen oder zweckbewussten Gebrauch dieses Agens hervorgerufen wurde." Es muss deshalb bei jeder zweifelhaften Pupillendilatation sofort nach etwaigem Atropingebrauch geforscht werden, und Vorsicht ist da sicherlich anzuempfehlen. Gar oft begegnet der Ophtalmologe derartigen absichtlichen Betrügereien. Sie werden namentlich von jungen Frauen mit Erregungszuständen ausgeführt.

Eine hoch gebildete junge Dame konsultirte mich wegen „Pemphigus". Sie hatte Blasen über der ganzen linken Körperhälfte. Einige von ihnen waren aber nicht rund, sondern länglich, von einer Form, wie keine Hautkrankheit sie hervorbringt, und sicherlich von Applikation einer Bürste herrührend. Die Patientin sollte auch an Erweiterung der Pupillen und entsprechender Sehstörung leiden.

Dieser Fall ist nur ein Beispiel von vielen meiner Beobachtung.

Wenngleich es möglich ist, Atropin in so schwacher Lösung anzuwenden, dass der Ciliarmuskel unbeeinflusst bleibt, so wird doch meist eine kräftigere Wirkung erzielt, nämlich eine Mydriasis und Accommodationslähmung. Besteht die Mydriasis allein und hält sie lange Zeit an, so muss der Gedanke an absichtliche Täuschung schwinden". [1])

Wo ein Argwohn auf Atropingebrauch besteht, ist eine oftmalige Augenuntersuchung von Nöten und sorglichst nach nervösen Erscheinungen zu fahnden. Ausserdem sollte man festhalten, dass bei ungleichen Pupillen die erweiterte, nicht notwendig die kranke zu sein braucht. Die Unfähigkeit zur Dilatation kann auf Sympathicuslähmung beruhen, die bei Affektionen des untern Cervikalmarks wohlbekannt ist.

Kann auch Eserin das Gleiche bewirken? Sicherlich, aber die andern Zeichen der Sympathicuslähmung fehlen dann, wie Schwund des Augapfels etc. — Frühere Leiden.

5. Jede Spur von alter Verletzung, Deformität, oder unvollkommener Symmetrie kann der Simulant zum Betrügen benutzen. Hydrocelen, Varicocelen, Hernien, Lipome, Gummata, Cysten, Schleimbeutelschwellungen, Ankylosen von längst überstandener Krankheit werden, wie meine Erfahrung mich lehrt, als Folgezustände von Shock bezeichnet. Ein Fachmann wird dadurch sich nicht leicht täuschen lassen, doch ist grösstmöglichste Genauigkeit in der Feststellung des Befundes angebracht, um nicht durch verfehlte Beurteilung einen wirklich Kranken als Simulanten zu bezeichnen.

Fall 26. Linksseitige Scoliose, dem Patienten unbekannt. — Ein Mann von 70 Jahren kam nach dem St. Mary's Hospital und klagte über Schmerz in der rechten Thoraxseite. Als er sich entkleidet hatte, fand sich eine hochgradige linksseitige Scoliose. Nach seiner Angabe sollte dieser Zustand ganz frischen Datums sein, er wusste davon erst, seitdem der Schmerz sich eingestellt hatte. Wäre seine Angabe richtig gewesen, so hätte das Leiden Bedenken erwecken können, aus der Verknöcherung der Knorpel ward aber klar, dass es seit langer Zeit bestand, wahrscheinlich so alt war, wie der Mann selbst. Hätte es sich um einen akuten Prozess in diesem Lebensalter gehandelt, hätte der Schmerz, dessenwegen der Patient das Krankenhaus aufsuchte, darauf sich zurückführen lassen, so würde ein einfaches Liniment und tonisirende Behandlung kaum so schnell eine Wendung zum Bessern bewirkt haben.

---

[1]) „Ueber die symptomatische Bedeutung verschiedener Zustände der Pupillen". Brain, vol. i. p. 262.

Fall 27. Lähmung durch Druck auf den Nerven. Gleichzeitige Asymmetrie des Gesichts. — Ein 42jähriger Arbeiter kam am 12. Juni mit der Angabe nach dem Hospital, dass er, als er Tags zuvor von seinem gewöhnlichen Nachmittagsschläfchen erwachte, Arm und Hand der rechten Seite „taub“ gefunden hätte, Finger, Daumen und Handgelenk wären flectiert gewesen. Die Extensoren waren nur partiell gelähmt, auf der Innenseite des Arms oberhalb des Ellenbogengelenks bestand eine lokale Empfindlichkeit, und eine kleine amästhetische Zone über dem Daumenballen. Die Besserung erfolgte langsam. Noch sechs Wochen später hatte er nicht die volle Gebrauchsfähigkeit der Hand wiederlangt. Interessant war in diesem Falle, dass anscheinend auch eine linksseitige Facialislähmung bestand. Die Kombination derselben mit rechtsseitiger Armlähmung hätte Verdacht auf eine schwere Gehirnaffection erwecken können, hätte nicht eine sorgsame Untersuchung festgestellt, dass die Asymmetrie des Gesichtes schon zuvor bestanden hatte. Wie leicht hätte ein gewissenloser Patient, wenn die Schadenersatzfrage ihn in Versuchung führte, dieses Moment in betrügerischer Absicht benutzen können! Es ist deshalb von höchster Wichtigkeit, diese Krankheitszustände richtig zu beurtheilen, damit wir die Sorgen des Patienten zerstreuen können, der wirklich sein altes Leiden für neuerdings entstanden hält, aber auch, damit wir den Betrüger entlarven können.

Simulation von Lähmung und andern nervösen Symptomen.

6. Ich will nicht versuchen, detailliert die Simulation einer Lähmung und ähnlicher nervöser Störung zu erörtern. Wenn wir von den gleichen Grundsätzen uns leiten lassen, werden wir selten fehlgehen. Eine einzelne Erscheinung kann treffend und unveränderlich vorgetäuscht werden, eine wirkliche Krankheit aber genau zu simulieren, dürfte recht schwierig sein. Subjektive Symptome werden vorherrschen. Die objektiven Symptome, welche er zeigt, werden derartige sein, wie die Willenskraft sie hervorbringen kann. Er kann nicht sein Augenlid herabhängen lassen, die Zunge weicht nicht immer herab, noch ist der Mundwinkel stets herabgezogen. Die Harnblase kann er nicht lähmen, sein gelähmtes Glied leistet bei der Untersuchung Widerstand, in seinem Coma ist er nicht bewusstlos, ausserdem hat er ein gesundes Aussehen.[1])

[1]) Bei peripherer Facialislähmung ist der Gesichtsausdruck sehr beweisend, denn das Gesicht wird infolge der fehlenden Muskelspannung nach der gesunden Seite gezogen. Diese Eigentümlichkeit steigert sich beim Sprechen oder Reden. Der Simulant bewegt bei gleichem Anlass, — er kann nicht anders, — die gelähmte Seite, und die Asymmetrie verringert sich, statt zuzunehmen. Ich habe einen Fall im Sinne.

7. Die sogenannten funktionellen, hysterischen und „neuromimetischen“ Störungen haben viele Symptome, welche wie Täuschung erscheinen, aber ich glaube, dass die Patienten eher sich als andre täuschen wollen. Dass die Erscheinungen der Hysterie nicht auf Täuschung beruhen, lehrt die Thatsache, dass sie bei ganz jungen, disponirten Kindern sich finden. Einige bemerkenswerte Fälle von „hysterischer Analgesie bei Kindern“, die Dr. Barbow mitteilte [1]), liefern den Beweis, dass ein Symptom, welches bei Erwachsenen Verdacht auf Betrug erwecken würde, bei so jungen Kindern erscheinen kann, dass eine Täuschungsmöglichkeit nicht in Frage kommt. Unabhängig von struktureller Veränderung gestatten die Symptome eine leichte Uebertreibung, wenn die Laune des Augenblicks es erlaubt; ein überlegter Betrug ist jedoch ausgeschlossen. Dem Patienten ist sein Zustand sehr real, der Schmerz, die Steifigkeit, die Lähmung sind so, wie er sie schildert. Die Symptome können an sich von geringer Bedeutung sein, verkehrt wäre es aber, sie als simulirt zu bezeichnen.

Hysterische Störungen nicht notwendig simulirt.

8. Es muss anerkannt werden, dass die gewöhnlichen Hospitalpatienten wenig Gelegenheit finden, jene Art von Simulation kennen zu lernen, welche uns beschäftigt. Im Falle einer Bahnverletzung liegt der Beweggrund klar zu Tage, welcher zur Uebertreibung und Vortäuschung von Krankheitssymptomen verleitet. Er lässt sich mit dem einem Worte „Schadenersatz“ bezeichnen. Dieser wird ihm durch Landesgesetz zu teil, teils für Schaden an seiner Person, teils für Verlust im Geschäfte. War die Verletzung schwer, hat er ein Glied verloren oder wurde er andersartig verstümmelt, war sein Leben gefährdet gewesen, so kann keine Geldentschädigung genügenden Ersatz schaffen, und wenn sie noch so gross wäre. War jedoch die Verletzung unbedeutend gewesen, so dass sie keine Gewebsläsion oder dauernde Schädigung von Körper und Geist zur Folge hatte, so muss die Entschädigungssumme klein ausfallen. Um diese zu erhöhen, werden die betrügerischen Manipulationen unternommen, und es gehört viel moralischer Mut dazu, der Versuchung zu widerstehen. Gar mancher, dessen Charakter bisher kein Makel anhaftete, unterlag ihr und sank dadurch in der allgemeinen Achtung. Alles Denken und Hoffen ist einzig auf den in Aussicht stehenden Gewinn gerichtet. So mächtig kann die Verheissung wirken, dass Körper und Geist Schaden leiden können.

Simulation nach Bahnunfällen, ihr Motiv.

9. Dies betrifft die wissentlichen Simulanten, wir würden jedoch vielen unrecht thun, wenn wir nicht anerkennen würden, dass die bevorstehende Entschädigung auch auf den Genesungsvorgang

Besorgnis wegen eines rechtmässigen Schadenersatzes

[1]) British Medical Journal vol. 11 p. 832, 1881.

wirklich Kranker hemmend wirken kann. Für einen Menschen, der Schadenersatz zu beanspruchen hat, erscheint, sowohl im eignen Interesse, wie in dem seiner Familie, die Angst [nur natürlich, ob die Frage auch eine entsprechende Erledigung finden, sein rechtmässiger Anspruch nicht geschmälert werden dürfte. Der schädliche Einfluss solches „Hangen und Bangen“ ist hinreichend bekannt, und die Entscheidung kann zuweilen schwierig werden, ob da Verschleppung und Verschlimmerung eines Leidens auf diesen Faktor zurückzuführen ist oder — auf absichtlichen Betrug. Ich fand es niemals schwierig, einem ehrenhaften Patienten klar zu machen, wie und warum die definitive Entscheidung Genesung bringend wirken werde.

Aehnlichkeit der Betrugsarten.

10. Seltsamer Weise werden in verschiedenen Fällen die gleichen Täuschungsmittel angewandt, und es erscheint überraschend, dass ungebildete Personen solch umfassende Kenntnis der Verletzungen bei Kollisionen besitzen. In mancher Hinsicht sind die Provinzzeitungen dafür verantwortlich zu machen, da in ihnen oft detaillirte Schilderungen der Symptome jener Personen gegeben werden, welche von Eisenbahn- oder Tramwaygesellschaften Entschädigungen empfingen. Erfährt dadurch ein Mensch, dass für eine Verletzung, ähnlich seiner eigenen, beträchtliche Entschädigung gewährt wurde, so naht ihm die Versuchung, auf gleiche Weise einen Gewinn zu erlangen.

Ein älterer Gastwirt machte für unbedeutende Verletzungen einen exorbitanten Schadenersatzanspruch. Seine vergrösserte Prostata machte die gewöhnlichen Beschwerden. Versuchte man ihm aber zu erklären, dass diese die Urinstörung verschuldete, so erwiderte er: „Nein, mein Rückenmark ist der schuldige Teil.“

„Schlepp Dein Bein, siehst Du nicht den Doktor kommen?“ rief ein Arbeiter seinem Genossen zu, der einen Unfall erlitten hatte, unvorsichtiger Weise so laut, dass der Doktor es hörte. Es ist das nur eine der vielen Belehrungen, welche die Einsamkeit des Krankenzimmers schafft.

Mit der Aenderung der Anschauungen über die Natur der Eisenbahnverletzungen ändert sich auch merklich die Simulationsmethode. Zehn Jahre früher konnte der Simulant nicht gehen oder schleppte sein Bein nach „wegen einer Verletzung des Rückgrats“; heut zu Tage bietet er ein bewundernswürdiges Bild von Nervenerschöpfung, denn sein Nervensystem hat nun einen heftigen Shock erlitten, dessen Folgen bereits durch Nahrungsverweigerung sich geltend machen. Dies ist fraglos eine weit bequemere Art zu simuliren, als der anstrengende Versuch, ein Spinalleiden vorzutäuschen, denn im letzteren Falle ist der Betrug leichter entdeckbar; aber bei absichtlichem

Hungern ist es nur eine Frage der Zeit, wann der Rock um den Körper schlottern wird, und der Gewichtsverlust ist dann durchaus glaubwürdig.

Die Mitteilung war nicht überraschend, dass ein Mann, der Monate lang an Krücken gegangen war, auf einem Balle, den er seinen über das Ende des Prozesses frohlockenden Freunden gab, selbst den Tanz anführte, aber ich vernahm Ausdrücke des Erstaunens über die Schnelligkeit, mit welcher der menschliche Körper wieder Fleisch ansetzt.

Uebertreibung unbedeutender Verletzung, Beispiele falschen Nervenshocks.

Selten begegnet man Fällen, wo mit Bestimmtheit es ausgesprochen werden kann, dass überhaupt keine Verletzung stattgefunden habe. Der Schmerz infolge unbedeutender Quetschung oder Zerrung wird übertrieben oder übermässig verlängert, daraus entwickeln sich andre Beschwerden, deren Unklarheit die beste Handhabe zu Täuschung und Betrug bietet. So kommt es, dass nach ganz unbedeutenden Unfällen oder dort, wo keine bestimmte Verletzung stattgefunden hat, auf welche eine Entschädigungsfrage sich basiren liess, wir sehr oft über unbestimmte, subjective Beschwerden klagen hören, welche eine ernste Läsion des Nervensystems mit Verneinung jeder Genesungsmöglichkeit anzeigen sollen. Ist es nicht eine seltsame, ganz ungewöhnliche Anomalie, dass nur die geringfügigsten Verletzungen von jenen rein subjectiven Symptomen gefolgt sind, denen Unklarheit Beunruhigung schafft? Wirkt nicht die Erfahrungsthatsache klärend, dass alle Symptome schwinden, sobald das Motiv ihres Vorhandenseins nicht mehr berechtigt ist? Haben wir nicht gewichtige Gründe, ihre Wahrheit und Realität zu bezweifeln? Sind wir berechtigt, einfach den Angaben des Patienten zu vertrauen?

Dem wirklichen Zustand des Patienten wird wenig Beachtung geschenkt und übermässige Aufmerksamkeit auf die endlosen Klagen verwandt, welche objectiv nicht nachweisbar sind. Im Laufe der Zeit werden die Beschwerden stärker und andauernder, und möglicherweise giebt juristische Beredsamkeit noch eine haarsträubende Geschichte zum Besten von schrecklicher Collision und einem unheilbar alterirten Nervensystem.

An prägnanten Beispielen wollen wir nun die Art der Simulanten kennen lernen.

Fall 28. Unbedeutende Zerrung und Shock. Verschleppte Symptome infolge absichtlicher Entkräftung. — Ein Reisender von 58 Jahren erlitt bei einer unbedeutenden Kollision einen Stoss gegen die rechte Darmbeinschaufel. Er hielt sich für stark verletzt und fühlte sich sehr schwach. Es bestand kein Zeichen einer Quetschung und der behandelnde Arzt, ein tüchtiger Hospitalchirurg, hielt die Verletzung für ganz unbedeutend. Der Patient that jedoch elf Monate keine Arbeit. Während dieser Zeit klagte

er über Schmerz in der rechten Hüfte, weswegen er lahmte und einen Stock benutzen musste, ferner über Kopfweh, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Verstopfung, allgemeine Schwäche, verschlechterte Sehkraft, Verlust des Gedächtnisses und Unfähigkeit zu geistiger und körperlicher Arbeit. Oftmals lag er den ganzen Tag zu Bett, selten stand er vor Zwölf auf, tagelang ging er nicht vor die Thür und nahm die geringsten Nahrungsmengen zu sich. So erhielt er allmählich ein besorgniserregendes Aussehen, eine bleiche, elende kranke Gesichtsfarbe. Mit keiner Untersuchungsmethode war es möglich, eine Verletzung oder Krankheit zu entdecken. Obgleich er zweimal eine Reise von etwa zweihundert Meilen machte, um einen bekannten Augenarzt zu konsultiren, konnte mit dem Ophthalmoskop keine Spur eines Augenleidens entdeckt werden, welches die Sehstörung hätte erklären können.

Kein Mittel schaffte eine Aenderung. Linimente linderten die Schmerzen nicht, Hypnotica erzeugten keinen Schlaf, und Tonica besserten weder den Appetit, noch das Allgemeinbefinden. Er verlangte eine sehr beträchtliche Entschädigung. Als diese ihm zugesprochen war, ging er sofort zur Luftveränderung auf's Land. Als er nach vierzehn Tagen heimkehrte, war er völlig genesen. Er nahm seine Arbeit sofort wieder auf. Hätte wohl in diesem Falle eine Genesung in so kurzer Zeit erfolgen können, wenn nicht die Beschwerden und Symptome absichtlich geschaffen und dauernd erhalten worden wären? Ist est nicht fast sicher, dass nur der in Aussicht stehende Geldgewinn den Mann so handeln liess? Elf Monate spielte er den Invaliden, bot er ein trauriges Bild, und trotzdem war er ein Simulant, welcher zweckbewusst den Zustand andauern liess, der ihm eine beträchtlichere Entschädigung verhiess.

Fall 29. Körperverletzungen. — Nervenshock. — Frühzeitige Genesung. — Ein Mann von 58 Jahren hatte eine schlimme Kollision erlebt. Er war nicht imstande, über den Unfall zu berichten, da er noch ganz betäubt war. Er hatte eine Rippe gebrochen und allenthalben Quetschungen davongetragen. Nach zweistündigem Schlafe fühlte er sich wohler. Nach vierundzwanzig Tagen konnte er heim befördert werden, wo sein Befinden stetig sich besserte. Nach sechs Monaten empfing er eine entsprechende Entschädigung und war kurz darauf völlig geheilt.

Fall 30. Unbedeutende Verletzung. — Verschleppte Klagen. — Der Sohn des vorigen Patienten, ein kräftiger Mann von 24 Jahren, war nicht betäubt worden, und hatte seinen Vater nach dem Hotel bringen helfen. Er schlief die folgende Nacht gut, gab aber an, dass er sich sehr erschüttert fühle. Er hatte eine unbedeutende Quetschung am rechten Knie und eine einfache Fraktur

des dritten Metarcarpalknochens der linken Hand. Eine Woche später fand ich ihn zu meinem Erstaunen noch immer bettlägerig, doch zeigten weder das Aussehen, noch Temperatur und Puls eine Abnormität, er hatte auch Appetit und nahm drei Mahlzeiten täglich zu sich. Er würde sofort heimgesandt worden sein, hätte nicht des Vaters Krankheit ihn zu bleiben gezwungen. Als er später nach Hause kam, liess er seinen Anwalt sofort Schritte thun, um von der Bahngesellschaft eine exorbitante Entschädigung zu erlangen. Zwei Monate später hatte er noch seine Arbeit nicht wieder aufgenommen. Als Grund gab er an, dass er an Schwindel und Kopfweh leide, dass sein Gedächtnis gelitten hätte, dass beunruhigende Träume ihn quälten und dass er schwach und arbeitsunfähig wäre. Knie und Hand waren noch verbunden, den Arm trug er in der Schlinge. Ich konnte nichts Krankhaftes entdecken. Er fuhr fort zu klagen und ein Faullenzerleben zu führen, bis nach zehn Monaten das Gericht ihm eine beträchtliche Entschädigung zuerkannte, ungefähr ein Viertel dessen, was er gefordert hatte. Von da ab war er vollkommen gesund.

Fall 31. Unbedeutender Shock. Fehlen aller Symptome. — Ein kräftiger, gesunder Mann von 42 Jahren erlebte zwei unbedeutende Kollisionen. Bei der ersten hatte er keine Verletzung davongetragen. Angeblich fühlte er sich jedoch am Tage nach dem Unfalle schwach und hatte Schmerz in den Lenden und Beinen. Acht Monate später war noch keine Aenderung eingetreten. Er klagte über Schwäche und Mattigkeit, schlechten Schlaf und Verlust des Gedächtnisses und solch grosse Nervosität, dass das Pfeifen einer Lokomotive und das Rollen eines Zuges ihn aufregte. Er wehklagte beständig und war weinerlich. Sein Arzt hatte ausser seinen subjektiven Klagen niemals etwas Krankhaftes entdecken können. Fünfzehn Monate arbeitete er nicht, erst nach Auszahlung der Entschädigungssumme begann er wieder. Zwei Jahre später war er so glücklich, eine zweite Kollision zu erleben, bei welcher er eine unbedeutende Quetschung an einem Beine davontrug. Er stellte sofort seine Thätigkeit ein, begab sich in ärztliche Behandlung und erhob dieselben Klagen wie zuvor. Wiederum vergingen Monate der Faullenzerei und wiederum erfolgte sofortige Genesung nach Erledigung der Entschädigungsfrage.

Weitere Beispiele dieser besondern Simulationsart mitzuteilen, halte ich nicht für nötig, doch könnte ich noch viele anführen, welche, mit unwesentlichen Abweichungen, denselben Verlauf nahmen. Diese Fälle werden oft als „Shock des Nervensystems“ bezeichnet. Ihr Hauptcharakteristikum ist ihre Unklarheit, und die gänzliche Subjectivität aller Symptome, die im speziellen Momente schwinden. Nicht selten sind sie von einer Gesundheitsstörung begleitet, welche

die Lebensweise hervorruft, die das Individuum sich auferlegt. Kann Mangel an Thätigkeit auf eine gesunde Person anders als schädigend wirken? Der Schlaf wird mangelhaft, die Darmthätigkeit träge, der Appetit fehlt, die Lebensenergie schwindet. Erscheint es nicht mehr nötig, krank zu erscheinen, so kehrt auch die Gesundheit zurück, und die Arbeit wird wieder aufgenommen.

Relativer Wert objectiver und subjectiver Symptome.

12. Abgesehen von der Notwendigkeit, die Art des Unfalles und der Beschädigung zu kennen, ist es wertvoll zu wissen, wie der Mann seine Zeit verbringt, wie seine täglichen Lebensgewohnheiten sind. Von höchster Wichtigkeit ist es, subjective und objective Symptome zu kennen. Das Fehlen der letzteren, das Vorhandensein der ersteren allein kann mit Recht Verdacht erwecken. Warum liegt jener Mann zu Bett? Warum bleibt er wochenlang im Haus? Warum nimmt er kaum Nahrung zu sich? Warum sieht er bleich und elend aus? Warum schwitzt er? — solche Fragen sollte der Chirurg sich vorlegen und nicht kritiklos, auf Treu und Glauben alles hinnehmen, was er hört oder sieht.

In anderen Fällen können unklare subjective und präcise objective Symptome sich combiniren, und einander ergänzend das Verständnis erleichtern oder vielleicht gar die Diagnose erschweren.

Fall 32. Keine Verletzung. Sofortige Genesung nach Erledigung der Entschädigungsangelegenheit. — Ein Reisender von Beruf, 43 Jahre alt, ausser Stellung, legte sich drei Tage nach einem ganz unbedeutenden Anprall seines Zuges gegen den Halteblock auf einer Station zu Bett und schickte nach dem Arzt. Er klagte, wie gewöhnlich, über Schmerz, Erschütterung des Nervensystems, Mattigkeit des Blickes, Verlust des Gedächtnisses und dergleichen. Seine Sprechweise, sowie die übertriebene Wertschätzung all seiner Beschwerden waren hinreichend, um an ihrer Realität Zweifel zu hegen. Objectiv sollte motorische Schwäche des rechten Armes mit Steifigkeit des rechten Ellbogens bestehen, sowie Paraesthesie des linken Beines und Steifigkeit des linken Kniegelenkes. Bei allen gewöhnlichen Bewegungen, wie Ausziehen, Aufstehen, benutzte er den rechten Arm, wie den linken. Beugeversuchen setzte er starken Widerstand entgegen und schrie laut auf, als empfände er Schmerz, wenn der Arm oberhalb des Ellbogengelenks auch nur leicht berührt wurde. An seinem linken Beine war keine Spur einer Verletzung auffindbar. Er hielt es gewöhnlich steif und setzte passiven Flexionsversuchen Widerstand entgegen. Nach seiner Angabe verursachte ihm die geringfügigste Flexion arge Pein, diese wird jedoch in seinem Gesichtsausdruck nicht erkennbar. Bei andrer Gelegenheit klagte er über excessive Hyperaesthesie des linken Knies, so dass die leichteste Fingerberührung schon Schmerzen ver-

ursachte, zur selben Zeit zog er die Beinkleider mit grösster Ruhe an und aus. Auch über Blasenbeschwerden klagte er, obwohl er in natürlichem Zwischenraum und regelrechter Quantität Wasser liess. Sechs, acht, selbst zwölf Stunden konnte er den Urin halten. Er blieb zehn Wochen zu Bett und nahm wenig Nahrung zu sich. Am Ende eines Jahres war er elend und schwach. Da er sehr frühzeitig eine ungeheuere Entschädigung verlangt hatte, kam es natürlich zum Prozess. So lange er auf dessen Ausgang wartete, sah man ihn in Westminster Hall mit lahmem Bein umhergehen. den Arm hielt er in starrer Flexion an der Seite. Als der Prozess beendet war, war der natürliche Gang wieder da, das Lahmen war verschwunden. Waren die subjectiven Beschwerden nicht auch simulirt?

Fall 33. Absichtliches Erbrechen. Sofortige Genesung nach Erledigung der Schadenersatzfrage. — Dieser Fall bietet vielleicht grössere diagnostische Schwierigkeit. Die Details können fortbleiben. Die objektiven Krankheitszeichen waren häufiges Erbrechen und eine so augenfällige Schwäche der Beine, dass Gehen nur langsam und mühselig von statten ging. Der Chirurg, der von der Bahngesellschaft mit der Untersuchung des Patienten betraut war und dem ich die nachfolgenden Angaben verdanke, war der festen Ueberzeugung, dass die Symptome der Realität ermangelten und das Brechen ein Willensakt war. Der Verdacht festigte sich um so mehr, als der Patient in einem Augenblicke, wo er sich unbeobachtet wähnte, einen ganz natürlichen Gang angenommen und den Stock geschwungen hatte, der ihm zur Stütze hätte dienen sollen. Deshalb hielt es der Chirurg für seine Pflicht, dem Privatarzt seine persönliche Ansicht mitzuteilen, dieser wollte es jedoch nicht gelten lassen, dass ein so schweres Symptom absichtlich erzeugt sein sollte. Des Chirurgen Ansicht blieb ungeändert und wurde am Ende glänzend bestätigt. Die Krankheit war verschwunden, sobald der Prozess erledigt war.

Ein Pferdehändler, der rasch abgenommen hatte und elend geworden war und dessen hervorstechendes Symptom Schwitzen war, bekannte sofort, als eine eben so schnelle Genesung den Doktor staunen machte, dass er absichtlich durch dicke Kleidung die Schweisssecretion hervorgerufen hatte, um das Körpergewicht zu verringern.

Wer nie solche Fälle sah, wird es fast für unmöglich halten, dass Symptome, wie diese, auf absichtlicher Täuschung beruhen könnten[1]). Wenn man jedoch weiss, wie mächtig die Versuchung zur Täuschung wirkt, dürfte man kaum mehr erstaunen.

---

[1]) Einige bemerkenswerte Beispiele künstlich erzeugten Brechens werden von Gavin berichtet, op. cit. p. 256. et seq.

Wichtigkeit einer genauen Anamnese.

13. Die Art des ursprünglichen Unfalls, der ursprünglichen Verletzung wird oft bei der Untersuchung dieser Fälle übersehen, und ein leichter Stoss zu ernster Kollision aufgebauscht.

Fall 34. Unbedeutende Verletzung. Starke Uebertreibung. Rasche Genesung nach Erledigung der Schadenersatzfrage. — Ein Mann erhielt einen ganz unbedeutenden Stoss in die Seite, als sein Zug einen Waggon zertrümmerte, und der sogenannte Unfall wurde zuletzt zu einer heftigen Kollision, bei welcher unter donnerähnlichem Krachen der Zug auf einen mit grosser Geschwindigkeit heransausenden Wagen stiess. Eine derartige Erzählung wurde für diejenigen zum Besten gegeben, welche ihn untersuchen sollten. Er hatte inzwischen eine starke Schwäche und Nervosität zu Wege gebracht. Die ungeschminkte Wahrheit wurde aber zufällig bekannt, sie differirte sehr von der entsetzlichen Katastrophe, auf welche das Gutachten sich stützte. Er erhielt eine grosse Entschädigungssumme, war sofort gesund und verlangte nicht mehr nach ärztlicher Behandlung.

Fall 35. Simulation einer Spinalverletzung. Falsche Schilderung des Unfalls. — Ein hoch respektabler Sportsmann wurde nach ganz geringfügiger Kollision bettlägerig. Er konnte über den Unfall keine Auskunft geben, trotzdem er unmerklich gestossen worden war, und war im bewusstlosen Zustande nach dem Wartezimmer einer eine Viertel-Meile entfernten Station getragen worden. Indessen war er zwei Tage nach dem Unfalle imstande, eine lange Reise nach Haus zu unternehmen, das heisst, die Rennen waren vorüber; er legte sich sogleich zu Bett. Am achten Tage sah ich ihn. Auf meine Frage, worüber er zu klagen hätte, antwortete er: „Shock des Nervensystems und Verletzung meines Rückgrats.“ Die Untersuchung, welche nicht die geringste Spur einer Verletzung oder sonstigen Alteration fand, entdeckte zufällig einen Schanker; diese Thatsache war eine treffliche Entschuldigung, als ich sein sofortiges Aufstehen anordnete. Sein Arzt hatte den Fall für eine ernste Spinalverletzung angesehen. Die Entschädigung bestand in einer unbedeutenden Summe.

Fall 36. Behauptete Spinalverletzung. Grober Betrug. — Derselbe Mann erschien darauf als Zeuge eines Freundes, welcher bei demselben Unfall eine gleichartige Verletzung erlitten haben wollte. Sein Zeugnis war sehr wertvoll, denn er sagte unter Eid aus, dass er und ein andrer Mann den Freund in ganz bewusstlosem Zustande, von der Unglücksstätte nach dem Wartezimmer der Station getragen hätten. Der Freund, ein noch schändlicherer Betrüger, hatte eine unbedeutende Quetschung einer Hüfte davongetragen. Er legte sich sofort, als er von den Rennen heimgekehrt war, zu

Bett. „Der Schmerz in meinem Rücken“, so lautete einige Wochen später die Angabe, „ist so arg, dass ich es nicht ertragen könnte, länger als eine Stunde ausser Bett zu sein.“ Puls und Temperatur sind völlig normal. Das Aussehen weist auf kein Leiden hin, Appetit und vegetative Funktionen sind entsprechend gut. Es ist meine Ueberzeugung, dass er seine Beschwerden stark übertrieb. Für cerebrale oder spinale Laesion spricht nichts, auch eine wirkliche Empfindlichkeit des Rückgrats ist nicht anzunehmen, denn, wo ich ihn auch berührte, sei es auf der Wirbelsäule, oder auf den benachbarten Muskeln, oder auf den entfernten Rippen, überall klagte er über dieselbe unwahre Ueberempfindlichkeit. Dass er mitunter Schmerz hat, will ich nicht bestreiten, aber einer Bettruhe bedürfte es nicht.“ Der Prozess, der diesen Fall beendete, war für die Anwälte sehr gewinnbringend.

Drei Jahre später erfuhr ich von diesem Manne selbst — vielleicht die wenigst vertrauenswürdige Informationsquelle —, dass das Leiden von Anfang bis zu Ende erlogen war. Er war überhaupt nicht beschädigt worden und möchte um keinen Preis von Neuem die Leiden erdulden, welche ihm die Selbstbeherrschung verursachte, mit der er, um die Unempfindlichkeit zu markiren, ohne zu zucken, Nadeln ins Bein stechen und den „elektrischen Pinsel“ anwenden liess. Daraus möge man erkennen, wie trügerisch und überflüssig diese Methoden sein können.

14. Es giebt eine Art von Simulanten, die Krankheitsbilder nachzuahmen suchen. In diesen Fällen ist besonders notwendig, etwas von des Patienten Vorgeschichte zu wissen, von seinem früheren Gesundheitszustande, seiner Lebensstellung, seinem Wesen kurz nach dem Unfalle, der Art und Stärke des letzteren, kurz von jeder Einzelheit, um sich ein Gesammtbild zu konstruiren. Die Neuromimesis.

Fall 37. Unbedeutende Verletzung. Simulation und rasche Genesung nach Erledigung der Entschädigungsfrage. — T. J., 42 Jahre alt, wurde von einem unbedeutenden Unfalle betroffen, bei welchem er geringfügige Kontusionen an Gesicht und Kopf davontrug. Nach etwa zehn Tagen hatte sich sein „Zustand verschlimmert“. Er erhob Entschädigungsansprüche, und begann über unbestimmte Schmerzen im Rücken und in den Beinen und über Kopfdruck zu klagen. Die Verschlimmerung hielt an, er wurde bettlägerig. Kurz darauf hatte er einen Anfall von „Gallenkolik“ mit Verstopfung und Erbrechen. Einen Monat später bekam er einen „Krampfanfall“. Von dem Momente an hatte er „Kontrakturen der Extremitäten“ und heftige Schmerzen in den Beinen, welche beim Aufrechtsitzen zunahmen.

Er klagte auch über Paraesthesien, z. B. Taubheitsgefühl der

Zunge, Ameisenkriechen in den Beinen, Empfindlichkeit der Palmarflächen der Hände. Puls und Temperatur vollkommen normal. Fünf Monate nach dem Unfalle war er noch zu Bett und klagte über heftigen Rückenschmerz, Hyperaesthesie der Beine, Unfähigkeit zu stehen, wenn er aus dem Bett kam. Seine Hände hielt er in der Stellung wie bei Tetanie, die Kontraktur schwand aber sofort, wenn die Aufmerksamkeit abgelenkt wurde. Obgleich er anfangs, wenn er das Bett verliess, hinstürzte, waren doch die Beine, sobald er in eine Unterhaltung verstrickt wurde, kräftig genug, den ganzen Körper zu stützen. Objektive Zeichen waren nicht nachweisbar, eine Lähmung bestand nicht, nur die Folgen der dreimonatlichen Bettruhe machten sich bemerkbar. Die Muskulatur fühlte sich etwas schlaff an, das Gesicht war bleich, die Zunge belegt. Temperatur und Puls waren jedoch normal, die Pupillen ohne Differenz, der Geist klar. So bestand der Zustand fort, bis am Ende eines Jahres die Schadenersatzfrage zu seinen Gunsten erledigt wurde. Eine Kommission hatte sich durch Augenschein davon überzeugt, dass der Mann nicht fähig sei, das Bett zu verlassen. Er hatte eine sehr bedeutende Entschädigung verlangt, — übrigens nicht die erste in seinem Leben, denn er hatte einige Jahre zuvor bereits für angebliche Verletzung Schadenersatz empfangen. Was geschah? Nach zehn Tagen ging er aus, nach vierzehn Tagen verreiste er „zur Luftveränderung“, und nach zwei Monaten nahm er seine gewöhnliche Arbeit wieder auf.

Gleichzeitiges Bestehen nervöser Veränderungen.

15. In derartigen Fällen ist es oft schwierig, ja zuweilen unmöglich zu entscheiden, ob der Zustand auf wirklicher nervöser Störung beruht oder simulirt ist. Die Schwierigkeit liegt hauptsächlich darin, dass eine Störung dieser Art mehr oder weniger von dem Patienten controllirbar ist. Es ist deshalb von höchster Wichtigkeit, nach einem Sympton zu forschen, welches für hysterische oder affective Störungen charakteristisch ist. Erst ein Symptom, welches vom Willen nicht beeinflussbar ist, wird als beweisend gelten können. Analgesie oder Anaesthesie kann z. B. das einzige, für Realität des Leidens verwertbare Zeichen sein. Dr. L. Putnam hat die gleiche Ansicht in einer diese Frage behandelnden Arbeit entwickelt, betitelt „Neue Forschungen in der Pathologie sogenannter Rückgraterschütterung, mit Beispielen, welche die Wichtigkeit demonstriren, in chronischen, wie acuten Krankheitsstadien nach hysterischen Symptomen zu forschen.“ (Boston, Med. and Surg. Journal vol. CIX., Sept. 6. 1883.) Nachdem er zwei, Männner betreffende Fälle von Hemianaesthesie erzählt hat, nennt er diese ein Symptom, welches beweise, dass zu irgend einer früheren Zeit ein starker Affectstoss stattgefunden haben müsse. Mit Konstatirung dieses Zeichens sei nicht notwendig absichtliche Uebertreibung oder gar offenbarer Betrug ausgeschlossen.

Anästhetische Zonen, welche keinem anatomischen Verbreitungsgebiet von Nerven entsprechen, werden gelegentlich gefunden, und sollten wohl berücksichtigt werden, wo wegen Fehlens der gewöhnlichen Krankheitszeichen Simulation in Frage kommt.

16. Wir wollen uns hier nicht mit der Pathologie der menschlichen Ethik befassen, wie sie in Simulationsfällen zu Tage tritt. *Das allgemeine Benehmen des Simulanten.*

Wenn, wie ich sagte, das Motiv so übermächtig ist, so ist es nur natürlich und menschlich, dass Uebertreibung in beträchtlicher Zahl der Eisenbahnverletzten sich findet. Anderseits muss erwähnt werden, dass Uebertreibung nicht ganz absichtlich zu sein braucht. Uebertreibung ist auch ein krankhafter Zug im hysterischen Krankheitsbilde, welches so oft der Shock einer Kollision hervorbringt. Nur sorgfältige Beurteilung jedes einzelnen Symptoms wird eine richtige Wertschätzung der Art der Uebertreibung oder Simulation gegebenen Falls ermöglichen.

Kapitel VIII.

Die forensische Beurteilung der Eisenbahn-Verletzungen.

Inhalt: 1. Entschädigungen für Verletzungen und ihr Einfluss. — 2. Unentschlossenheit und Unbeständigkeit. — 3. Gefahr des Hineinexaminierens. — 4. Anwendung und Missbrauch genauer Untersuchungen. — 5. Elektrische Untersuchungen. — 6. Ärztliches Gutachten.

Jeder Fall von Eisenbahnverletzung wird wegen des dem Geschädigten zustehenden Schadenersatzes Gegenstand forensischer Beurteilung und auftauchende Schwierigkeiten oder Streitfragen können die Erledigung der Entschädigungsangelegenheit auf dem Prozesswege veranlassen. All diese Momente wirken wesentlich modificirend auf die Ausgestaltung des klinischen Bildes ein und sollten bei dessen Beurteilung vollauf gewürdigt werden. *Entschädigung für Verletzungen und ihr Einfluss.*

Anfangs erscheint es vielleicht nicht einleuchtend, warum die bevorstehende Entschädigung ein bedeutungsvolles Element im Verlaufe der spinalen und andern, nach Bahncollisionen erfolgten Verletzungen ist. Man vergegenwärtige sich nur, welche Veränderung mit unseren verletzten Hospitalpatienten sich vollziehen würde, wenn eines jeden eine Geldentschädigung harrte. Sicherlich würden viele nur die schlimmste Seite ihrer Leiden hervorkehren, ihre Schmerzen übermässig schildern und die voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit in weite Ferne hinausrücken.

Wenn ein Mensch krank darniedergelegen und nur langsam zur Genesung sich durchgerungen hat, so wird eine kräftige Willens-

anstrengung nötig, um die alte, körperliche und geistige Spannkraft wiederzuerlangen. Da es in seinem Interesse liegt, so bald als möglich gesund zu werden, erfolgt, wie die Erfahrung lehrt, gar häufig eine vorzeitige Wiederaufnahme der Arbeit. Gesetzt den Fall, es würde für jeden Tag der Arbeitsunthätigkeit eine Entschädigung gewährt, so würde es nur natürlich sein, wenn sein Thätigkeitsdrang sich stark abschwächte.

Ich will hier nicht die absurde Lehre erörtern, welche in der Entschädigung selber ein heilsames Agens sieht, welches eine Frakturheilung beschleunigen, die Schmerzen beseitigen oder den Nerventonus wiederherstellen könne. Die Naturkraft strebt hier, wie überall, nach Wiederherstellung der Gesundheit. Die Genesung ist glücklicher Weise nach den gewöhnlichen Kollisionsverletzungen ebenso vollständig wie nach jeder andersartigen. Ein sehr wichtiger Unterschied besteht jedoch. Sind nämlich die unmittelbaren Wirkungen der Verletzung geschwunden, so wirkt die in Aussicht stehende Entschädigung hemmend auf die Entfaltung der notwendigen Energie ein, welche zur Arbeitsaufnahme nach längerer Pause gehört. Es verlangsamt also die gesetzliche Anordnung direkt den Genesungsprozess.

Unentschlossenheit und Unbeständigkeit.

2. Die menschliche Natur müsste sich völlig geändert haben, wenn die Hoffnung auf Geldgewinn nicht derartig schädigend wirkte. Diesem Faktor sollte auch nicht zuviel Wert beigemessen werden, denn oft ist es auch die geistige Unbeständigkeit des Patienten, welche die Schuld trägt. Glücklicher Weise hat der Arzt nicht oft zu entscheiden, welcher von beiden Faktoren die Hauptschuld trägt, mitunter aber die Frage zu beantworten, ob die Gewährung des Schadenersatzes fördernd auf den Genesungsprozess wirken werde. Auf die Erfahrung gestützt, kann man bejahend antworten. Bestimmte Regeln aufzustellen, ist unmöglich, nur die Betrachtung des einzelnen Falles kann Anhaltspunkte geben.

Ganz verkehrt wäre es, einen Menschen als Schwindler hinzustellen, weil er bald nach Empfang einer Entschädigung sich erholte. Gar oft versicherten mir solche Personen, dass sie von dem Momente, wo sie eine Entschädigung empfangen hatten, wie umgewandelt gewesen wären. Das Leiden begann eben zu schwinden, weil die nagende Sorge beseitigt war. Dies lehrt folgender wichtiger Fall.

Fall 38. Unbedeutende Verletzung, nervöser Shock. — Sorge um die Entschädigung, verzögerte Genesung. — W. A., ein starker, ältlicher Mann, erlebte eine starke Kollision. Er setzte seine Reise fort, aber zwei oder drei Tage später stellten sich Rückenschmerzen ein, er begann sich schwach uud krank zu fühlen und legte sich zu Bett. Es war nur eine unbedeutende Zerrung

der Rückenmuskeln mit allgemeiner Nervosität nachweisbar. Der Zustand besserte sich und zwei Monate später glaubte er sich soweit genesen, um die Entschädigungsklage anzustrengen. Doch nun begann er mehr zu klagen, krank und ängstlich auszusehen, fühlte sich unfähig, das Haus zu verlassen und sein Geschäft wieder aufzunehmen. Der Zustand verschlimmerte sich im Laufe der Zeit immer mehr, infolge mangelnder Bewegung verlor er den Appetit, nahm an Gewicht ab, wurde weinerlich, kurz, gewährte einen so trostlos unglücklichen Anblick, dass eine Genesung für immer ausgeschlossen schien. Kaum war aber die Entschädigungsangelegenheit geregelt, so wurde er gesund, und sah „zehn Jahre jünger" aus, wie zuvor. Fünf Jahre später betrieb er noch sein Geschäft mit der gewöhnlichen Umsicht und in vortrefflicher Gesundheit.

„Ich kann es nicht verstehen", sagt mancher Doctor, „warum dieser Patient nicht genest. Anfangs schien er sich zu bessern, und ich glaubte schon, das Leiden wäre bald gehoben, doch jetzt scheint er alle Energie verloren zu haben. Medizinen nützen nichts. Ich dränge ihn, irgend eine Thätigkeit zu beginnen, doch der blosse Versuch lässt ihn zusammenbrechen." Aehnliche Schilderungen würden nicht oft vernommen werden, wäre die Thatsache besser bekannt, dass die Erledigung der Entschädigungsfrage das wichtigste Agens zur Genesung ist.

Zweifellos gewährt es auch eine gewisse Befriedigung, einen wertvollen Check auf der Bank deponiren zu können, dieser wirkt besser stimulirend, wie jede Arzneiverordnung es zu Wege brächte.

Nicht allein in derartigen Fällen wirkt die Entscheidung einer wichtigen Lebensfrage gesundheitsfördernd, ein gleicher Erfolg wird auch sonstwo erzielt. So ist es eine wohlbekannte Thatsache, dass der Zustand von Gefangenen nach der Fällung des Urteils sich zu bessern pflegt, mag dieses auch wider Erwarten härter ausfallen.

So lange wir den Einfluss dieses Genesungsagens nicht kennen, müssen wir sorglichst bedacht sein, uns nicht täuschen zu lassen. Sorgfältigste Untersuchung und Beobachtung des Patienten wird zu richtiger Beurteilung einer verzögerten Heilung führen.

Gefahr des Hineinexaminiren.

3. Wenn auch die bevorstehende Entschädigung auf die Wiederherstellung von Patienten, deren bona fides unbezweifelbar ist, fördernd wirkt, kann sie doch andere zum Betrug verleiten. Daraus entspringen für den klinischen Beobachter manche Schwierigkeiten, die ihm Vorsicht gebieten. Er muss sich vor Allem hüten, irgend eine Affection früheren Ursprungs, irgend eine Deformität oder Krankheit in Beziehung zum jetzigen Zustande zu bringen, um nicht dem Kranken eine etwaige Betrugsmöglichkeit zu offenbaren.

Sie können niemals wissen, ob sie nicht durch unwissentliche Suggestion des Patienten Denken in dieser Richtung beeinflussen, oder durch ein unbedachtes Wort eine Verstärkung der Symptome herbeiführen.

In einem groben Simulationsfalle meiner Beobachtung klagte ein Mann über Schwindel; da Schwindel bekanntlich oft auf Cachexsie beruht, wurde gefragt, ob er auch doppelt sähe. „Ja" erwiderte er. Durch fortgesetztes Examiniren wurde noch eine ganze Reihe von Symptomen erzeugt. Nicht ein einziges war wahr.

Der kluge Betrüger, welcher einige Jahre zuvor die Runde durch die Hospitäler gemacht hatte und viele Nervenleiden bewundernswürdig vortäuschte, liess bei einer Tetanussimulation die gewöhnliche Starre der Bauchmuskeln vermissen. Eine diesbezügliche Bemerkung hatte sofortigen Erfolg. Am nächsten Tage waren die Bauchmuskeln bretthart.

Nutzen und Missbrauch genauer Untersuchungsmethoden.

4. Nicht weniger wichtig ist es auch, unnötige Untersuchungsmethoden zu vermeiden. Ich möchte durchaus nicht den Wert präciser Instrumente schmälern, aber ihre Anwendung ist oft nicht erforderlich, die Fälle bedürfen nicht des grossen Specialisteninstrumentariums, wie Dynamometer, Aesthesiometer, Audiometer, Linsen und Batterie, um irgend welche kleine Abnormität zu erweisen.[1]) Etwas gesunder Menschenverstand ist oft werthvoller, wie sie alle zusammen.

Elektrische Untersuchungen.

5. Auch die elektrische Methode kann keinen Anspruch auf Untrüglichkeit erheben. Vor Jahren, als die Bahnverletzung noch öfter Gegenstand eines Prozesses wurde als jetzt, war es durchaus nicht ungewöhnlich, dass vor Gericht der „elektrische Pinsel" in Anwendung gebracht wurde. Der Patient, der nicht fühlte, galt als unheilbar an centralem Leiden erkrankt. Die wissenschaftliche Erkenntnis hat glücklicher Weise Fortschritte gemacht. Die Hautanaesthesie hat nicht mehr die unheilvolle Bedeutung, die ihr früher zugeschrieben wurde. Jetzt ist es vor Allem nötig, die Zustände der Körperdecke auszuschliessen, welche bei der Einwirkung der Elektricität auf die cutane Oberfläche eine Muskelreaction nicht zu Stande kommen lassen. Bei Patienten, die lange bettlägerig waren, gleichgiltig, aus welcher Ursache, ist die Verminderung oder gar der Verlust der Hautsensibilität gewiss. Bei solchen Vorbedingungen ist natürlich der elektrische Pinsel nutzlos, aus seiner Unwirksamkeit

---

[1]) „Könnte ein Pathologe", schreibt Dr. Moxon (Croomian Lectures, Lancet, vol. 1, 1881 p. 568) „mit einem grossen Mikroskop all unsere Gehirne durchforschen, wie wir hier sitzen, er fände sicherlich eine grosse Anzahl von geschlängelten Arterien und Pigmentflecken, mit mikroskopisch sehr beunruhigend aussehenden Veränderungen."

auf ein schweres Centralleiden zu schliessen, wäre ganz verkehrt. Eine hysterische Anästhesie muss ausgeschlossen werden, die Begleiterscheinungen müssen zur Sicherung der Diagnose beitragen. Hören wir, was Dr. Buzzard darüber schreibt: „In diesem Falle, wie in vielen andern, zur Klasse der Hysterie[1]) gehörigen, hat die Epidermis eine so ausserordentliche, wahrscheinlich vom Nichtgebrauch der Extremitäten herrührende, Dicke erreicht, dass der Leitungswiderstand für den elektrischen Strom sich bedeutend erhöht. Die Haut bedarf alsdann, wenn Täuschungen[2]) vermieden werden sollen, einer mehr als gewöhnlichen Durchfeuchtung.

Bei der Hysterie reagiren die verschiedenen Muskeln eines Gliedes niemals in abnormer Weise auf den faradischen Strom. Um die natürliche, durch Nichtgebrauch bedingte Veränderung der Muskelerregbarkeit zur Norm zurückzuführen, genügt gewöhnlich die ein- oder zweimalige Applikation des elektrischen Stromes. Eine ausgesprochene Herabsetzung der Erregbarkeit für den faradischen Strom weist auf organische Veränderung des Nervenstammes oder Centrums hin. Solange diese Erscheinung anhält, ist die Diagnose Hysterie zweifelhaft. Anderseits brauche ich kaum zu erwähnen, dass eine vollständig normale elektrische Erregbarkeit nichts gegen eine Extremitätenlähmung beweist. Nur, wenn das Vorderhorn des Rückenmarks oder die vordere Wurzel oder der Nervenstamm selbst geschädigt sind, ändert sich die elektrische Erregbarkeit. Sie finden oft eine Paraplegia completa, und doch reagiren alle Muskeln in normaler Weise auf den elektrischen Strom.[3])

Bei der Benutzung der Elektricität zu diagnostischen Zwecken dürfen wir uns deshalb nicht mit dem negativen Ergebnis einer cutanen Unempfindlichkeit oder mangelhafter Muskelerregbarkeit zufrieden geben, sondern müssen nach den eigenartigen Reactionserscheinungen bei Degenerationszuständen forschen und nach den Besonderheiten, wie verschiedene Muskeln derselben Gegend auf den gleichen Reiz antworten.

6. Meinungsdifferenzen sind bei Beurteilung vieler Fälle von Verletzung oder Krankheit unvermeidlich, und die in diesem Buche behandelten Leiden sind davon nicht ausgenommen. Sie würden vielleicht vermieden, wenn dem Arzte die Notwendigkeit erspart würde, sein Urteil in medizinischen Fragen in öffentlicher Gerichtsverhandlung abzugeben. Ich beabsichtige jedoch nicht, meine

Aerztliches Gutachten.

---

[1]) Dieselbe Erscheinung zeigt sich oft nach Eisenbahnkollisionen, funktionelle Störungen der Motilität und Sensibilität, und wirklicher Betrug.

[2]) Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System, p. 118, Lecture V., „On the Differential Diagnosis between certain Hysterical Conditions and Myelitis.“

[3]) Op. cit. p. 100.

Ansichten in dieser Frage hier zu erörtern, noch Verbesserungsvorschläge zu machen. Auf diese Weise kann unmöglich der Gerichtshof zu einem gerechten und unparteiischen Urteil kommen.

„Das Gutachten[1]) der Sachverständigen sollte der objektive Ausdruck wissenschaftlicher Erkenntnis sein, unparteiisch und ohne Voreingenommenheit. Es sollte nicht halbe Wahrheiten enthalten."

Geduld, Unparteilichkeit, gute Gemütsstimmung, Gerechtigkeitsgefühl, Wahrheitsliebe, und — Sachkenntniss schützen den ärztlichen Zeugen am besten und lassen ihm die Möglichkeit einer Meinungsdifferenz gleichgültig erscheinen. Das ist es, was Clinton über medizinische Gutachten vor Gericht sagt:[2]) „Der Sachverständige als solcher wird nur nach seiner Ansicht über Thatsachen gefragt. Es kann auch seine Meinung über hypothetische Thatsachen mit eingehender Begründung verlangt werden. Der Fragende missbraucht leider auch oft sein Recht. Wenn aber der Zeuge nur der seinem Stande schuldigen Achtung eingedenk bleibt, wenn er einfach sich vor Augen hält, dass er, als Freund der Gerechtigkeit, nur die Wahrheit zu reden hat, wird kein Kreuzverhör ihn verwirren. Mit Ruhe und Selbstbeherrschung wird er jede Frage in einfachen, möglichst klaren Worten beantworten. Nötigenfalls wird der Gerichtshof ihn vor Angriffen der Anwälte schützen. Solch ein Zeuge wird keine Gewissenspein verspüren, und die Achtung und Anerkennung des Gerichtshofes ist ihm sicher.

---

[1]) North American Review 1884, p. 609, „Expert testimony" by W. W. Gooding, quoted from Dr. Wilbur of Syracuse, N. Y.

[2]) Buffalo Medical and Surgical Journal, Jan. 1. 1880.

Literatur.

1. Allchin, „Functional diseases". Westminster Hosp. Rpts., 1886.
2. Anstie, „Neuralgia and its counterfeits". London 1871.
3. Averbeck, „Die acute Neurasthenie, die plötzliehe Erschöpfung der nervösen Energie". Dtsch. Med. Ztg., Berlin 1886.
4. Benedickt, „Ueber Spätsymptome traumatischer Neurosen". Berl. kl. Woch. 1888.
5. Berbez, „Hystérie et traumatisme". Paris 1887.
6. Berbez, „L'Hystéro-traumatisme". Gaz. d. Hôp., 1887.
7. Bernhardt, „Beitrag zur Frage von der Beurteilung der nach heftiger Körpererschütterung, in specie Eisenbahnunfällen, auftretenden nervösen Störungen." Dtsch. med. Woch. 1888.
8. Bramwell, „Diseases of the spinal cord." Edinburgs 1884.
9. Briquet, „Traité clinique et thérapeutique de l'Hysterie". Paris 1859.
10. Bristowe, „Diseases of the nervous system". 1889.
11. Brodie, „Lectures illustrative of certain local nervous affections". 1837,
12. Brodie, „Psychological inquiries". 1854.
13. Bruns, „Zur Casuistik der traumatischen Neurosen". Neurol. Centralbl. 1889.
14. Burckhardt, „Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique". Rev. méd. de la Suisse Romande, 1886.
15. Buzzard, „Shock to the nervous system". Lancet 1869.
16. Buzzard, „Diseases of the nervous system". London 1882.
17. Buzzard, „On the simulation of Hysteria by organic disease of the nervous system". Brain vol Xici.
18. Casaubon, „L'Hystérie chez les jeunes garçons". Thèse de Paris 1881.
19. Charcot, „Diseases of the nervous system". Vol III New Syden. Soc. 1889.
20. Charcot, „Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme." Progr. méd. 1887.
21. Charcot, „Les accidents de chemin de fer." Gaz. des Hôp
22. Collier, „On traumatic hysteria in the male" Med. Chron. 1888.
23. Dana, „Concussion of the spine, and its relation to Neurasthenia and hysteria". Med. Rev. 1884.
24. Dana, „The Acro-neuroses". N. J. Med. Rec. 1885.
25. Debove, „Note sur l'hystérie-traumatique et sur sa gravité prognostique" Bull. de la Soc. méd. des Hôp. 1887.
26. Dercum, „Railway shock and its treatment". Therap. Gaz. 1889.
27. Dreschfeld, „On hysteria in the male coming on after an injury". Med. Chron. vol. V.
28. Dreschfeld, „On some rarer forms of hysteria in man." Ibid. vol. XIII.
29. Dutil, „Hystérie et Neurasthénie associées. Gaz. méd. de Paris 1889.

30. Erichsen, „On railway and other injuries of the nervous system“. London 1866.
31. Erichsen, „Concussion of the spine“. 2 nd edit. 1882.
32. Féré, „et contribution to the pathology of dreams“. Brain vol. IX.
33. Féré, „On paralysis by exhaustion“. Ibid. vol. XI.
34. Féré, „Nocturn paralysis.“ Ibid. vol. XII.
35. Flescher, „Railways in their medical aspects“. „London 1867.
36. Gavin, „Feigned and factitious diseases“. London 1843.
37. Gee, „Irritable spine and spinal myalgia in particular“. Practitioner 1884.
38. Gowers, „Medical ophtalmoskopy“. 3 nd. edit. London 1890.
39. Griffin W. and D., „On functional affections of the spinal cord and ganglionic system of nerves“. London 1834.
40. Groeningen, „Ueber den Shock“. Wiesbaden 1885.
41. Guinon, „L'Hystérie dans ses rapports avec la chirurgie“. Rev. d. Chir. 1888.
42. Guinon, „Les agents provocateurs de l'Hystérie“. Paris 1889.
43. Heidenhain, „Animal magnetism“. London 1880.
44. Hodges, „So-called concussion of the spinal cord“. Boston Med. and Surg. Journ. 1881.
45. Hutchinson, „The symptom-significance of different states of the pupil“. Brain vol. I.
46. Juman, „On Myolgia, its nature, causes and Arectment“. 2 nd edit. 1860.
47. Jenes Handfield, „Clinical observations on functional nervous disorders“. London 1864.
48. Jordan Furneaux, „Surgical Enquiries“. 2 nd edit. 1882.
49. Kirmissen, „Nouveau cas d'hystéro-traumatisme“. Bull. de la soc d. Chir. 1888.
50. Knapp, „Nervous affections following injury“. Boston Med. and Surg, Journ. 1888.
51. Kühner, „Zur gerichtärztlichen Würdigung der infolge heftiger Körpererschütterungen, insbesondere nach Eisenbahnunfällen auftretenden nervösen Störungen“. Friedreichs Bl. f. ger. Med. 1890.
52. Maas, „Ueber die Verletzungen durch den Eisenbahnunfall bei Hugstetten etc. — Arch. f. kl. Chir. vol. XXXI. 1884—85.
53. Marcet, „History of a singular nervous or paralytic affection“. Trans. Med. Chir. Soc. vol II. 1810.
54. Mathieu, „Neurasthénie et hystérie combinées“. Prog. méd. 1888.
55. Mendel, „Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. Dtsch. med. Woch. 1889.
56. Mercier, „Sanity and insanity“. London 1890.
57. Meynert, „Ueber funktionelle Nervenkrankheiten“. Wien med. Pr. 1883.
58. Mitchell Weir, „Diseases of the Nervous System, especially in Women“ London 1885.
59. Moeli, „Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen“. Berl. kl. Woch. 1881.
60. Moll, „Hypnotism“. London 1890.
61. Money, „The production of ankle-clonos under various circumstances“. Brit. Med. Journ., vol. II 1887.
62. Moricourt, „Hystérie chez l'homme“. Gaz. des hôp. 1887.
63. Morris, „On shock caused by railway accidents“. London 1867.
64. Obersteiner, „Erschütterung des Rückenmarks“. 1889.
65. Oppenheim, „Die traumatischen Neurosen“. Berlin 1889.
66. Oppenheim, „Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen,

welche sich nach Erschütterung des Rückenmarks, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln?" Berl. kl. Woch. 1888.
67. Oseretzkowsky, „Quelques cas d'hystérie dans les troupes russes". Arch. d. Neurol. 1886.
68. Page, „Injuries of the spine and spinal cord etc.". 2nd edit 1885.
69. Page, „On the abuse of Bromide of Potassium in the treatment of Traumatic Neurasthenia". Med. Times and Gaz. vol. I 1885.
70. Paget, „Clinical lectures and essays". 2n edit. 1879.
71. Parinaud, „De la polyopie monoculaire, dans l'hystérie et les affections du système nerveux". Ann. d'Oculistique 1878.
72. Pitres, „Des anaesthésies hystériques". Bordeaux 1887.
73. Pitres, „Des tremblements hystériques". Progr. méd. Lep. 1889.
74. Putnam, „Recent investigations into the pathology of socalled concussion of the spine". Bost. Med. and. Surg. Journ. 1883.
75. Putnam, „The medico-legal significance of hemianaesthesia after concussion accidents". Amer. Journ. of Neurol. 1884.
76. Putnam-Jacobi, Some considerations of hysteria." Med. Rec. 1886.
77. Quinqueton, „De l'hystérie chez l'homme". Thèse de Paris 1886.
78. Reynolds Russell, „Paralysis and other disorders of motion and sensation dependent on idea." Bost., Med. Journ. vol. II, 1869.
79. Richer, „Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie on grande hystérie." Paris 1881.
80. Riegler, „Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen etc." Berlin 1879.
81. Ross, „Diseases of the nervous system". London 1883.
82. Ross, „On the segmental distribution of sensory disorders". Brain vol. X.
83. Savill, „Two cases of neuropathic (hysterical) spinal disease". St. Thomas' Hosp. Repts. vol. XVIII.
84. Savory, Arts. „Hysteria" and „Collapse", Holmes' System of Surgery, 3nd edit vol. I 1883.
85. Shaw, Art. „Diseases of the spine", Holmes' System, 2nd edit. vol. IV.
86. Skey, „Hysteria etc." London 1867.
87. Strümpell, „Ueber die traumatischen Neurosen." Berl. Klin. 1888, Heft 3.
88. Sully, „Illusions". 2nd edit., London 1881.
89. Terrier, „Troubles hystériques d'origine traumatique". Bull. d. l. Loc. d. Chir. vol. XIV.
90. Thorburn, „A contribution to the surgery of the spinal cord". London 1889.
91. Tuke-Hack, „Influence of the mind upon the body." 3nd edit., London 1889.
92. Vibert, „Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer". Paris 1888.
93. Walton, „Possible cerebral origin of symptoms usually classed as „railway spine". Boston Med. and Surg. Journ. 1883.
94. Walton, „Spinal irritation; probable cerebral origin of etc." Ibid. 1883.
95. Walton, „Hysterical hemianaethesia etc., brought on by a fall". Ibid. 1884.
96. Walton, „Deafness in hysterical hemianaesthesia". Brain vol. V.
97. Westphal, „Einige Fälle von Erkrankung des Nervensystems nach Verletzung auf Eisenbahnen". Charité-Annalen 1878.
98. Wilks, „Diseases of the nervous system". 2nd edit. London 1887.
99. Wilks, „Hysteria and arrest of cerebral action". Guy's Hosp. Rpts. vol. XII.
100. Wolf, „Ueber Railway-spine". Dtsch. med. Ztg. 1888.

Register:

Accommodationsschwäche bei Neurasthenie 37.
Acute Hysterie 55.
Alcohol bei Neurasthenie 86.
Albutt Dr., optische Veränderungen bei Spinalkrankheiten 38.
Anaesthesie infolge Nichtgebrauchs der Glieder 106.
Analgesie hysterische 93.
Aengstlichkeit wegen der Entschädigung 93.
— Oppenheim's Ansicht 82.
Aphonie hysterisch 67.
Asthenopie bei Neurasthenie 37.
Asymmetrie bei Simulanten 92.
Atropingebrauch bei Simulanten 90.
Autosuggestion 59.

Bewegung, Furcht vor 8.
Behandlung 83.
Blase, Atonie durch Shock 7, 40.
— die nervöse 7.
Bristow, über „funktionelles“ Erbrechen 73.
Bromide, ihr Gebrauch 85.
Briquet, über Prädisposition zur Hysterie 54.
Buzzard, über syphilitische Paraplegie 20.
— über Anwendung der Electricität zur Diagnose 106.

Charcot, Zufällige Entdeckung einer Hemianaesthesie 65.
— Eisenbahncollision 58.
— über Suggestion 58.
Circulationsstörungen durch Shock 23, 34.
Clinton, Der Sachverständige 108.

Darmblutung bei Simulanten 90.
Diarrhoe 36.
Diplopie bei Simulanten 106.
Dynamometer, Gebrauch 106.

Eisenbahn, Charcots Ansicht 58.
— Simulation danach 93.
Electricität zur Prüfung 106.
Eserin 90.

Facialis, peripherische Lähmung 92.
Fehlgeburt, Seltenheit nach Bahnunfällen 39.
Forensische Bemerkungen 103.
Funktionelle Nervenstörungen 53.
— Mangel organischer Basis 53.
— Prädisposition 54.
Furcht vor Bewegung 8.
— vor Lähmung 59.

Gedächtnisverlust 39.
Gehirnermüdung bei Neurasthenie 35.
Gelenke, Zerrung derselben 10.
— Steifigkeit bei Simulanten 94.
— Behandlung 83.
Genesung und Entschädigung 47.
Gesichtsfelddefecte bei Neurasthenie 37.
Gicht 85.
Globus hystericus 35.
Gowers über Pupillenveränderungen 39.
Griffin Brüder- über Rückenhyperaesthesie 10.
Gummata bei Simulation 91.
Gutachten 106.

Haemorrhagie aus dem Darm 90.
Harnentleerung, erschwert, bei Lumbago 7.
Heidenhain über Katalepsie 79.
— über Hypnotismus 64.
Hemianaesthesie 75.
— Dr. Putnam's Ansicht 102.
Hernie bei Betrug 91.

Herz, Palpitation 34.
— Parese durch Shock 23.
Hitzeempfindung nach Shock 35.
Hutchinson, über Atropingebrauch 91.
Hydrocele bei Betrug 92.
Hyperästhesie des Rückens 15.
Hypermetropie bei Neurasthenie 42.
Hypnotische Katalepsie 37.
Hypnotismus 57.
— Einwände dagegen 63.
— Zustand des Sensoriums dabei 62.
— Suggestion 58.
— absichtlich erzeugt 63.
Hypochondrie 82.
Hysterie acute 55.
— Hautanaesthesie 45.
— bei Neurasthenie 33.
— „traumatische" 52.

Jordan Fourneaux über Shock 25.
— über Hysterie bei Männern 44.
— über Shock nach Schreck 26.

Katalepsie hypnotische 77, 79.
— Heidenhains Ansicht 79.
Knochenfractur, Einfluss auf Neurasthenie 49.
Kollaps 22.
Krämpfe, simulirte 63.

Lactation, durch vasomotorische Parese 36.
Ligamentzerrung 3, 6, 93.
Lumbago traumatische 2, 84.
— Pseudolähmung dadurch 6.

Massage 83.
Meningitis, spinal, syphilitisch etc. 20.
— Seltenheit nach Bahnverletzung 21.
— subacute 20.
— traumatische 18, 20.
Menorrhagie 36.
Mitchell Weir 87.
Moxon über krankhafte cerebrale Veränderungen 106.
Myalgie 83.
Mydriasis 90.
Myelitis, tödtlicher Fall 18.

Nerven, Verletzung der Stämme 4.
Nervosität 35.
Nervöser Shock (s. auch Shock) 23
— nach Fractur 50.
— nach Spinalzerrung 22.
— und die „Neuromimeses" 54.
— falscher 95.
Neurasthenie und Hysterie 32, 43.
— Bromgebrauch 85.

Obstipation bei Lumbago 8.
Oppenheim über psychische Erschütterung 62, 81.
Opticusveränderungen 38.
Orchitis bei Myelitis 17.
Organempfindungen bei Neurasthenie 45.
— Sully darüber 46.

Paget, James, Ueber Willensschwäche 66.
Pachymeningitis, syphilitica 20.
Palpitation 34.
Paralyse simulirt 6.
— peripherische Facialis 93.
Paraplegie functionelle 65, 66.
— cerebralen Ursprungs 56.
Parese der Circulation 25.
Periphere Luxationen nach spinaler Verletzung 12.
Photophobie 38.
Polyurie 37.
Praedisposition zu functioneller Neurose 49, 54.
Prognose bei Neurose 51.
— nach spinaler Verletzung 17, 85.
Prozess, üble Folgen 47.
— Symptome 4, 47.
Pseudoparalyse nach traumat. Lumbago 7.
Puls bei Neurose 26, 34.
Pupille, ihre Grösse 42.
— bei Simulation 90.
Putnam, über Hemianaesthesie 102.

Rheumatismus und spinale Zerrung 85.
Riegler über Eisenbahnverletzung 1.
Ross über Syphilis des Nervensystems 21.
Rücken, Häufigkeit seiner Verletzung 1.
— Hyperaesthesie 10.
— Schmerz und Steifigkeit 5.
Ruhe, ihr Nutzen 14, 87.

Secretionsstörung 36.
Sexuelle Erschöpfung 49.
Shaw über die kleinen Spinalgelenke 6.
Shock, Natur desselben 25.
— Asthenopie danach 38.
— Menstruationsveränderung danach 39.
— Tod durch uncomplicirten 42.
— Circulationsstörungen danach 25, 34.
— Wirkung auf die Schwangerschaft 40.
— Fraktur 50.
— durch Schreck 25, 26, 30, 44.
— Fournaux Jordan darüber 25, 26.
— Hysterische Anfälle danach 35.
— und spinale Zerrung 4, 23.
— Gedächtnisverlust danach 39.
— Organempfindung danach 45.
— Photophobie danach 38.
— Urinretention danach 7, 40.
— Secretionsstörung danach 36.
— Schlaflosigkeit danach 33.
— Schwitzen danach 36.
Simulation, körperliche Asymmetrie 91.
— Haemorrhagie 90.
— Vorausgehende Krankheit 91.
— Gelenksteifigkeit 89.
— Schwitzen 93.
— Motiv 93.
— Tympanitis 89.
— Atropingebrauch 90.
— Erbrechen 92.
Spinalirritation 10.
Suggestion, Anto- 59.
— bei Hypnose 57, 66.
— Charcot über traumatische 58.
Sully über Organempfindungen 46.
Syphilis und Meningitis 20.
— Dr. Buzzard, Fall von Paraplegie 20.
Systemerkrankung des Rückenmarks 20.

Thorburn, Furcht vor Lähmung 61.
— über Hypnotismus 61.
— über Opticusveränderungen 38.
— über traumatische Neurose 32.
Tod durch uncomplicirten Shock 41.
Tympanitis bei Simulanten 89.

Übertreibung 47, 95.
Untersuchungsmethode 106.
Urinretention durch Shock 7, 40.
Uterus in der Schwangerschaft bei Bahnunfällen 40.
Vasomotorische Veränderungen bei Neurosen 36.
Verdauung bei Neurasthenie 40, 86.
Wilks über Hysterie 76.

Vogl

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Page, Herbert W.

Eisenbahn-Verletzungen in forensischer und Klinischer Beziehung Autor. deutsche Uebersetzung von S. Placzek

Berlin 1892

Path. 906 p
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11873238-0